



SUOLEN TOIMINTA JA SEN EDISTÄMINEN SELKÄYDINVAMMAN JÄLKEEN

Potilasohje selkäydinvammaisille

Katariina Jäntti

Sara Lahtinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KATARIINA JÄNTTI & SARA LAHTINEN:

Suolen toiminta ja sen edistäminen selkäydinvamman jälkeen
Potilasohje selkäydinvammaisille

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Ohjaaja: lehtori, TtM Rami Yli-Villamo
Lokakuu 2013

Vuonna 2007 tehdyn tutkimuksen mukaan 37% selkäydinvammaisista kärsii suolen toiminnan häiriöistä. (Ahoniemi & Alaranta 2007, 2363-2364.) Yleisimmät ongelmat ovat ummetus ja ulosteinkontinenssi. Nämä ongelmat heikentävät selkäydinvammaisten elämänlaatua merkittävästi, minkä vuoksi niihin tulee potilaan ohjauksessakin kiinnittää erityistä huomiota. Suolen toiminnan edistämiseen on olemassa useita eri vaihtoehtoja, joita harkitaan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena oli tehdä potilasohje selkäydinvammaisille suolen toiminnasta. Tehtävinä oli selvittää selkäydinvamman vaikutuksia suolen toimintaan, vaihtoehtoja suolen toiminnan edistämiseksi sekä hyvän potilasohjeen ominaisuuksia. Tutkimustietoon pohjautuva potilasohje toimii selkäydinvammaisten itsehoidon ja ohjauksen tukena Tampereen yliopistollisen sairaalan Neurologian ja kuntoutuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyömme aiheen valinta tapahtui työelämän toiveen sekä oman mielenkiintomme perusteella.

Potilasohje sisältää tietoa selkäydinvamman yleisimmistä vaikutuksista suolen toimintaan sekä niiden merkityksestä jokapäiväiseen elämään. Vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseksi on jaoteltu ruokavalioon, ulostamista helpottaviin toimenpiteisiin sekä lääkehoitoon. Potilasohjeen visuaalisuus näkyy hillittynä ja yhtenäisenä kokonaisuutena, jossa tärkeitä asioita on korostettu tekstin ryhmittelyn lisäksi kuvin ja taulukoin.

Opinnäytetyömme tavoitteena on antaa selkäydinvammaisille ajanmukaista tietoa suolen toiminnasta sekä edistää heidän itsehoitovalmiuksiaan kotona. Toivomme, että potilasohjeesta on hyötyä selkäydinvammaisille sekä heitä ohjaaville terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Tämän vuoksi olisi hyvä, että potilasohjetta testataan ja päivitetään säännöllisesti, jotta se palvelisi mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti myös jatkossa. Lisäksi toivomme, että selkäydinvammaiset saisivat koko maan laajuisesti tarvitsemansa ohjauksen, jotta he voisivat elää mahdollisimman täysipainoista elämää.

Asiasanat: selkäydinvammaiset, suolisto, ummetus, potilasohjeet

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Public Health Nursing

KATARIINA JÄNTTI & SARA LAHTINEN:
Bowel Function and Bowel Management after Spinal Cord Injury
Patient Guide for Spinal Cord Injured Patients

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 8 pages
October 2013

The purpose of this study was to produce a written patient guide for spinal cord injured patients about bowel function. There was a need for such a patient guide in Tampere's University Hospital's Neurology Ward. Our plan was to clarify how spinal cord injury affects a patient's bowel function, what options there are to improve bowel management and to find out what is included in a good patient guide. Our study was functional in nature and as an outcome a patient guide was compiled to help spinal cord injured in their self-care and, as well as to support nurses in guidance.

The patient guide includes information about the main effects in bowel function after spinal cord injury and its role in the daily life. Options to improve bowel management are divided into diet, actions which facilitate defecation and medication. The patient guide is a uniform entity with highlighted parts with text categorization, pictures and tables.

Our objective was to provide current information about bowel function to spinal cord injured and to promote their self-care at home. We hope that this patient guide will be tested and updated regularly so that it is current and proper in future. We also hope that every spinal cord injured will receive proper guidance so that they could live as full life as they possible.

Key words: spinal cord injury, bowel function, constipation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Hermoston jaottelu.....	9
3.2	Selkäydin ja selkäydinvamman synty.....	10
3.3	Selkäydinvamman vaikutukset suolen toimintaan.....	12
3.3.1	Ummetus	14
3.3.2	Ulosteinkontinenssi	17
3.4	Vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseksi selkäydinvammaisilla.....	17
3.4.1	Ruokavalio	19
3.4.2	Konservatiiviset hoitovaihtoehdot	20
3.4.3	Lääkehoito.....	21
3.4.4	Muut vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseen.....	24
3.5	Hyvä potilasohje	27
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	32
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	32
4.2	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	33
5	POHDINTA.....	37
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
5.2	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	40
	LÄHTEET.....	44
	LIITTEET	49
	Liite 1. Tutkimustaulukko	49
	Liite 2. Lupa kuvan käytöstä potilasohjeessa	55

1 JOHDANTO

Selkäydinvammapotilaat tarvitsevat moniammatillista erityistason hoitoa usein monimuotoisiin ja elämää haittaaviin ongelmiinsa. Selkäydinvammaisia on Suomessa noin 3000 ja uusia tapauksia ilmaantuu vajaa 100 vuosittain. (Dahlberg 2010.) Suomessa selkäydinvamman saaneista 77 % on miehiä ja 23 % naisia. Keski-ikä selkäydinvamman saaneilla on 39 vuotta. Suurimmat selkäydinvammoja aiheuttavat tekijät ovat liikenneonnettomuudet, putoamistapaturmat sekä sukellustapaturmat. Selkäydinvamma voi syntyä myös muiden syiden vuoksi. Tällaisia syitä ovat mm. kasvaimet, tulehdukset sekä verenkiertohäiriöt. Joskus välilevytyrän tai leikkauksen yhteydessä saattaa syntyä vaurio selkäyttimeen. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 266; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 3.)

Selkäydinvamma aiheuttaa ongelmia vamman sijainnin mukaan kehon eri toimintoihin. Vuonna 2007 tehdyn tutkimuksen mukaan suolen toiminnan häiriöt haittaavat 37 % selkäydinvamman saaneita. (Ahoniemi & Alaranta 2007, 2363-2364.) Yleisimpiä suolen toiminnan häiriöitä ja oireita selkäydinvammaisilla ovat ummetus, ulosteinkontinenssi, vatsan laajentuminen, ilmavaivat, peräpukamat, suolen tyhjenemisen vaikeudet, suolikomplikaatiot sekä vatsakivut. Jopa 80 % selkäydinvammaisista kärsii ummetuksesta, joka onkin yleisin suolen toiminnan häiriöistä. (Kannisto & Alaranta 2006, 454; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 3.)

Selkäydinvammaisten terveydentilaa tulisi seurata yhdenmukaisella tavalla riittävän kattavasti ja asiantuntevasti. Vielä muutamia vuosia sitten selkäydinvammaisia hoidettiin hajanaisesti eikä elämänlaatua haittaavia tekijöitä huomioitu riittävästi, vaikka heitä hoidettiin liikuntavammaisina kuntoutuslakien mukaisesti. Vuonna 2011 voimaan tulleen Sosiaali- ja Terveysministeriön asetuksen mukaisesti selkäydinvammaisten hoito keskitettiin kolmeen yliopistolliseen sairaalaan: Helsinkiin, Ouluun ja Tampereelle. Tämä oli merkittävä askel selkäydinvammaisten hoidon parantamiseksi koko maassa. Hoidon keskittämisen avulla pystytään entistä asianmukaisemmin ja kokonaisvaltaisemmin vastaamaan selkäydinvammaisten hyvin ainutlaatuisiin ja elämänlaatua heikentäviin ongelmiin. (Dahlberg & Valtonen 2010, 2912; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2011.)

Suolen toiminnan edistämisen vaihtoehtoja hyödyntäen pyritään säännölliseen ja yksilölliseen suolen toimintaan, joka takaa selkäydinvammaisen mahdollisimman itsenäisen elämän sekä suolen terveyden. Voidakseen toimia itsenäisesti, tarvitsee selkäydinvamman saanut tietoa valintojensa tueksi. Laissa määriteltyä potilaan itsemääräämisoikeutta korostaen loimme potilasohjeen tueksi potilaan itsehoidolle ja sitä kautta osaksi potilaan hyvää hoitoa. Tärkeimpiä suolen toiminnan edistämisen keinoja ovat oikea ravitsemus, konservatiiviset hoitovaihtoehdot ja lääkehoito. Jatkuvasti on kehitteillä myös uudempiä tehokkaita suolen toiminnan edistämisen vaihtoehtoja, joiden käyttöä myös selkäydinvammapotilailla tulee harkita tilanteen mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 6§; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13-14.)

Suolen toiminnan ongelmat rajoittavat selkäydinvammapotilaan elämää kokonaisvaltaisesti ja ovat yksi hankalimmista selkäydinvamman aiheuttamista komplikaatioista (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277). Lähtökohtanamme oli tuottaa materiaalia, josta olisi käytännössä hyötyä. Työelämästä noussut toive tehdä potilasohje suolen toiminnasta selkäydinvammaisille herätti kiinnostuksemme ja tuotoksen tarpeellisuus motivoi meitä opinnäytetyöprosessissamme. Teimme opinnäytetyön yhteistyössä Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin kanssa ja työelämäyhteytenämme toimi Tampereen yliopistollisen keskussairaalan Neurologian ja kuntoutuksen vuodeosasto. Keskityimme selkäydinvamman aiheuttamiin suolen toiminnan häiriöihin sekä niiden hoitomuotoihin. Ajankohtaisen tiedon ja tutkimustulosten avulla kokosimme potilasohjeen, joka tukee selkäydinvammapotilaan hoidon toteuttamista ja kehittämistä. Vastasimme työelämän toiveeseen tekemällä heille toimivan ja kattavan potilasohjeen jota he voivat jatkossa hyödyntää ohjauksen tukena.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasohje suolen toiminnan edistämisestä selkäydinvammaisille.

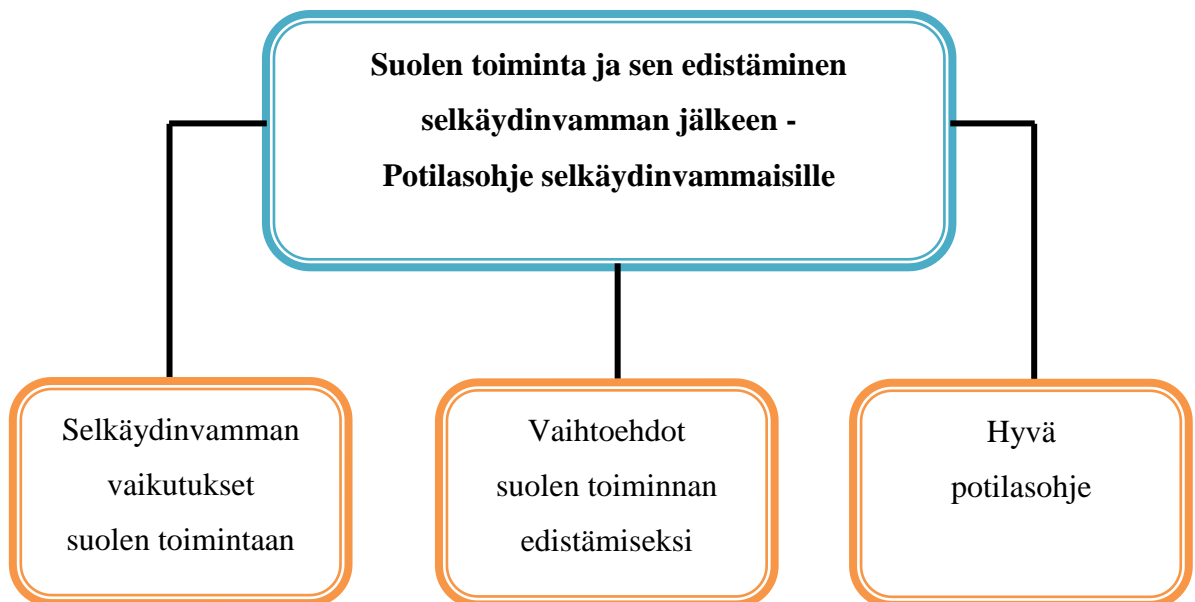
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten selkäydinvamma vaikuttaa suolen toimintaan?
2. Mitä vaihtoehtoja selkäydinvammaisilla on suolen toiminnan edistämiseksi?
3. Millainen on hyvä potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa selkäydinvammaisille ajanmukaista tietoa suolen toiminnan edistämisestä sekä siihen liittyvistä vaihtoehtoista. Lisäksi tavoitteena on parantaa selkäydinvammaisten itsehoitovalmiuksia kotona. Opinnäytetyön avulla kehitimme omaa tietämystämme suolen toiminnan häiriöistä sekä suolen toiminnan edistämisestä selkäydinvammaisilla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettisia lähtökohtia ovat selkäydinvamman vaikutukset suolen toimintaan, vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseksi sekä hyvän potilasohjeen tekeminen (Kuvio 1). Lähtökohdat rajautuivat opinnäytetyön tehtävien mukaisesti osa-alueisiin, joiden pohjalta teimme potilasohjeen. Rajauksen avulla saimme opinnäytetyöstämme selkeän ja tiiviin kokonaisuuden. Keskeisenä asiana käsitelimme suolen toiminnan edistämisen vaihtoehtoja selkäydinvammaisilla. Tutkimustaulukkoon on koottu käyttämämme tutkimukset (Liite 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

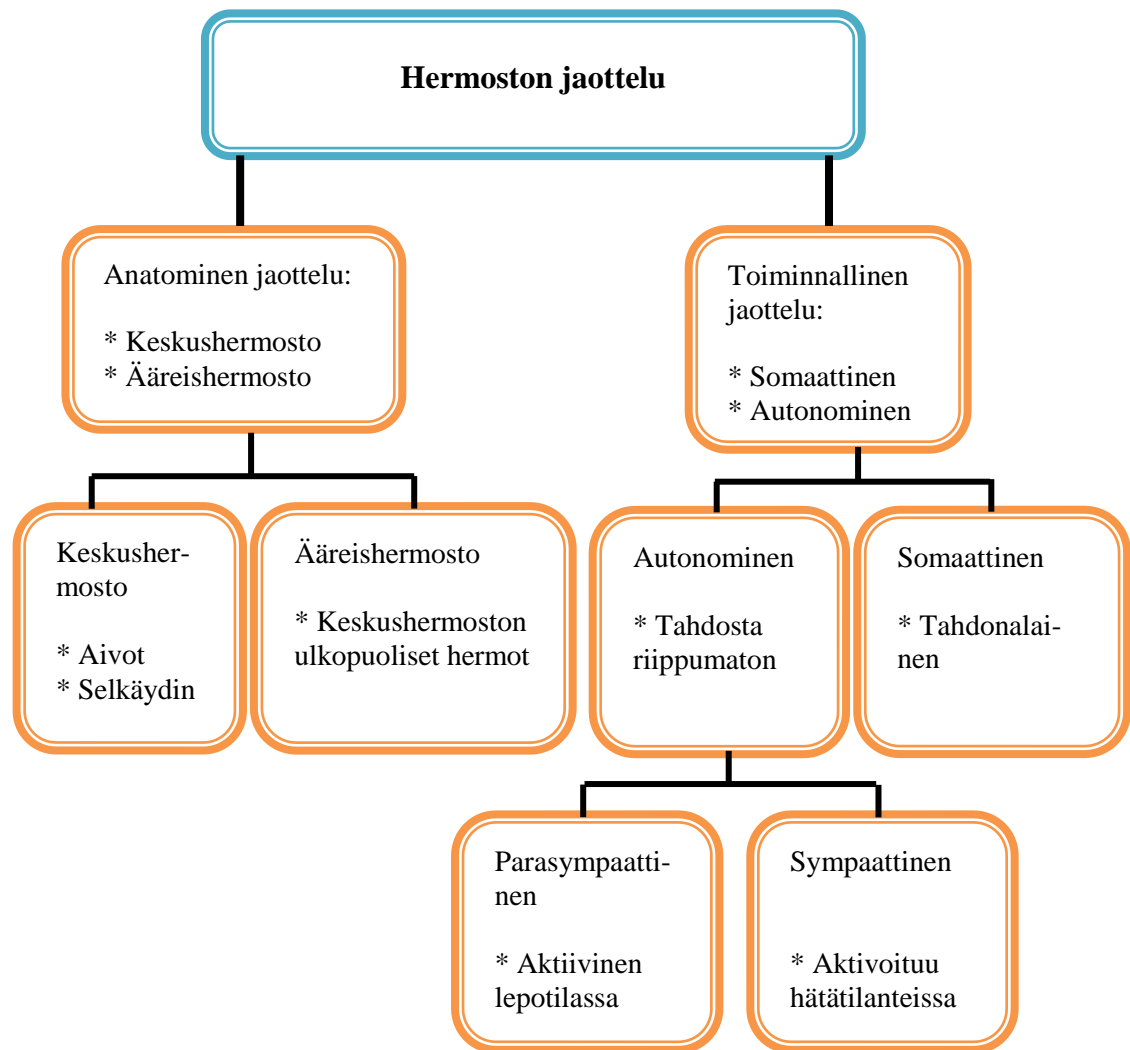
3.1 Hermoston jaottelu

Anatomisesti hermosto jaetaan keskushermostoon ja ääreishermostoon. Keskushermostoon kuuluvat aivot ja selkäydin. Ääreishermosto kattaa kaikki keskushermoston ulkopuoliset hermot, joita ovat selkäydinhermot, autonominen hermosto sekä aivohermot. Motoristen hermojen tehtävänä on viedä tietoa keskushermostosta ääreishermostoon ja sensoriset hermot tuovat tietoa takaisin keskushermostoon. (Budowick, Bjälje, Rolstad & Toverud 1995, 12; Soinila 2006, 12; Sand ym. 2011, 106; Leppäluoto ym. 2012, 392.)

Hermosto jaetaan toiminnaltaan kahteen osaan, somaattiseen ja autonomiseen. Somaattinen hermosto huolehtii poikkijuovaisten lihasten supistumisesta ja sen toiminta on tahdonalaista. Autonomisen hermoston toiminta on tahdosta riippumatonta eli siihen ei voi itse vaikuttaa. Autonominen hermosto säätelee muun muassa sydämen sykettä, verisuoniston toimintaa sekä ruoansulatuskanavan toimintoja. (Budowick ym. 1995, 12; Sand ym. 2011, 106; Leppäluoto ym. 2012, 392.)

Autonominen hermosto jaetaan sympaattiseen ja parasympaattiseen osaan. Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto hermottaa useimpia autonomisen hermoston kohde-elimii yhdessä, toimien kuitenkin vastakkaisesti. Sympaattinen hermosto aktivoituu hätätilanteissa, kun taas parasympaattinen hermosto toimii aktiivisemmin lepotilassa. Ruoansulatuskanavassa autonomisen hermoston sympaattinen osa vaikuttaa suolen toimintaa hidastavasti, sulkijalihaksia supistavasti sekä eritystoimintaa vähentävästi. Olemme koonneet kuvioon 2 (s.10) hermoston jaottelun pääkohdat. (Sand ym. 2011, 106; Leppäluoto ym. 2012, 409-410; Hiltunen 2013, 438.)

Parasympaattinen osa lisää eritystoimintaa, veltostuttaa sulkijalihaksia sekä supistaa sileää lihaskudosta suolen ympärillä. Autonomiseen hermostoon liittyy myös maha-suolikanavan hermojärjestelmä, jota ei voida selkeästi jakaa sympaattiseen tai parasympaattiseen hermostoon kuuluvaksi. Maha-suolikanavan liikkeistä ja erityksestä vastaava hermojärjestelmä koostuu kahdesta toisiinsa liittyvästä hermopunoksesta, jotka ovat yhteydessä autonomiseen hermostoon, mutta toimivat ilman hermoyhteyksiä aivoihin. (Leppäluoto ym. 2012, 409-410; Hiltunen 2013, 438.)

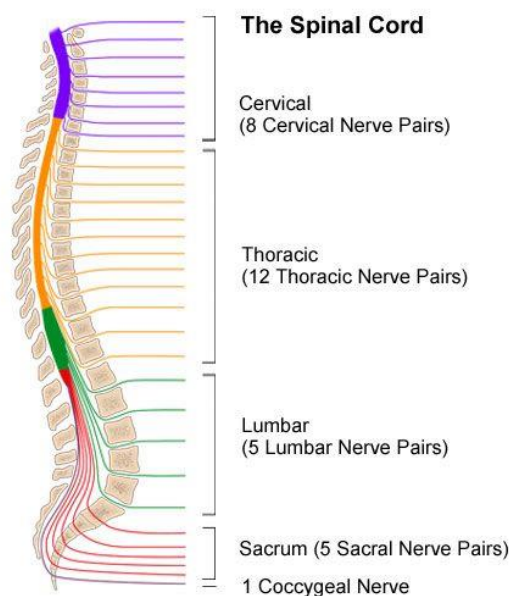


KUVIO 2. Hermoston jaottelu

3.2 Selkäydin ja selkäydinvamman synty

Selkäydin sijaitsee selkärangan sisällä nikamien muodostamassa selkäydinkanavassa eli spinaalikanavassa. Selkäydin on 40-60 cm pitkä, alkaa niska-aukon tasolta ja ulottuu lanne- eli lumbaalitason ensimmäisen nikaman kohdalle. Aivot yhdistyvät ääreishermostoon selkäytimen välityksellä. Aivoista lähtevät viestit kulkevat hermojuuria pitkin spinaalikanavasta kohde-eliimiin. Hermojuuret kulkevat nikamien väliin jäävistä nikama-aukoista ja erkanevat selkäydinhermoina eri puolille kehoa. Nikama-aukoista poistuessaan selkäydinhermot jakautuvat etu- ja takahaaraan. Takahaarojen tehtävänä on huolehtia selän lihaksista sekä niskan ja selän ihosta. Etuhaarat vastaavat kehon muista alueista. (Soinila 2006, 46-48; Somer 2006, 493; Bjälle ym. 2008, 69, 92.)

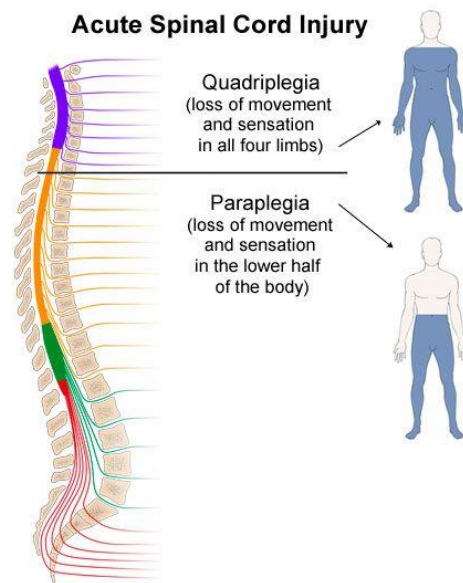
Nikamatasoja on viisi, jotka jakautuvat kaula- eli servikaalitasoon (C), rinta- eli torakaa- litasoon (T tai Th), lanne- eli lumbaalitasoon (L), ristiluu- eli sakraalitasoon (S) sekä häntäluu- eli kokkygeaalitasoon (Co). Kuva 1 havainnollistaa selkäydinhermojen jaotte- lun nikamatasojen mukaisesti. Selkäydinhermoja on yhteensä 31 paria. Ylin spinaali- hermo lähtee ensimmäisen kaulanikaman yläpuolelta. Yhteensä kaulahermoja on kah- deksan paria (C1-C8). Kaulahermojen alapuolelta lähtevät rintahermot, joita on kaksi- toista paria (Th1-Th12). Rintahermojen alapuolelta selkäydin jatkuu viitenä parina lan- nehermoja (L1-L5) ja ristiluutasolla on viisi paria ristihermoja (S1-S5). Lisäksi alimpa- na on yksi pari häntähermoja (Co1). (Soinila 2006, 47-48; Bjälle ym. 2008, 69-71, 92.)



KUVA 1. Selkäydin ja nikamatasot sekä selkäydinhermojen jaottelu (Akuutti sel- käydinvamma).

Selkäydinvamma syntyy, kun ulkopuolelta tuleva tai nikamamurtuman, sijoiltaanmenon tai kasvaimen seurauksena syntyvä mekaaninen voima vaurioittaa selkäydintä. Tällöin lihaksen, nivelsiteiden ja nivelen vaurio aiheuttaa ihonalaista verenvuotoa sekä lihas- säikeiden katkeamista vauriokohdassa. Vauriokohtaan ja sen ympäristöön syntyy sisäis- tä verenvuotoa sekä turvotusta, joka johtaa hapenpuutteesta johtuviin lisävaurioihin. Akuuttivaiheen hoito aloitetaan mahdollisimman nopeasti lisävaurioiden syntymisen ehkäisemiseksi. (Bjälle ym. 2008, 92; Ahoniemi & Valtonen 2009, 270; Tenkula 2012, 23.)

Selkäydinvamman yhteydessä syntyvä hermovaurio aiheuttaa häiriöitä siinä tuntoaistin ja ihon alueella, johon vaurioituneet hermot vaikuttavat. Lihakseen kulkevan hermon vaurioituessa lihaksen toiminta lakkaa ja se surkastuu. Vaurioitunut kohta selkäytimessä määrää vamman seuraukset elimistössä, koska selkäytimen hermotus kehon eri osaluoksiin jaottuu nikamatasojen mukaisesti. Kuva 2 havainnollistaa, kuinka selkäytimen ylempien osien vaurio aiheuttaa tetraplegian, jossa kaikkien neljän raajan liike vaikeutuu. Alempien osien vaurio selkäytimessä aiheuttaa paraplegian, jossa alaraajojen toiminta häiriintyy. (Bjälle ym. 2008, 92; Ahoniemi & Valtonen 2009, 270; Tenkula 2012, 23.)



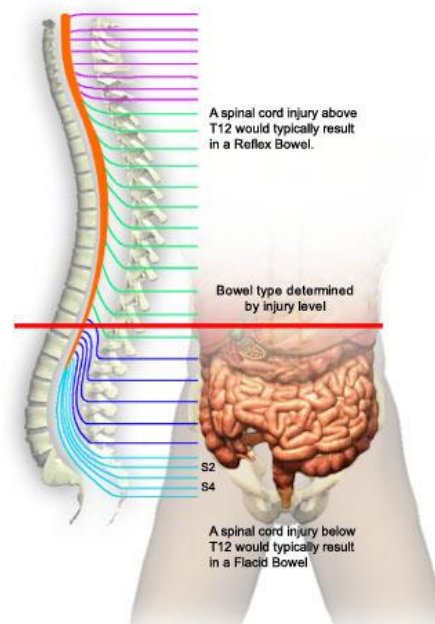
KUVA 2. Selkäydinvamman laajuus vauriotason mukaan. (Akuutti selkäydinvamma.)

3.3 Selkäydinvamman vaikutukset suolen toimintaan

Selkäydinvaurio vaikuttaa hermoston toimintaan motorista ja sensorista toimintaa heikentäen, koska selkäytimestä lähtevät hermot ovat vamman seurauksena joko osittain tai kokonaan vaurioituneet. Tämä voi myös johtaa sensoristen ja motoristen toimintojen täydelliseen puuttumiseen. Suolistoon vaikuttavien lihasten ja autonomisen hermoston toiminnassa tapahtuvat muutokset riippuvat vaurion tasosta ja laadusta. Lihasten hermotuksesta vastaavat motoneuronit, jotka saavat aikaan lihasten supistumisen. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 272, 277.)

Kuva 3 havainnollistaa reflektorisen ja velton suolen jakoa. Kun paksusuolen laskeva osa ja peräsuoli toimivat reflektorisesti, kyseessä on ylemmän motoneuronin vamma. Silloin suolen toiminta on refleksin omaista ja se toimii esimerkiksi sykäyksinä. Tällöin selkäydinvaurio sijaitsee Th12- tason yläpuolella. Kun suoli ja peräaukon ulompi sulki-jalihas ovat veltoja, kyse on Th12- tason alapuolisesta vauriosta, puhutaan alemman motoneuronin vammasta. Tällöin suolen omat supistukset ovat vauriosta johtuen hävin-neet, mutta suolen seinämien oma hermotus toimii yhä. Suolen seinämän omaa hermo-tusta stimuloimalla voidaan saada aikaan suolen peristalttisia liikkeitä. (Ahoniemi & Valtonen, 2009, 272, 277; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Tyypillisimpiä selkäydinvaurion aiheuttamia ongelmia suolen toiminnassa ovat umme-tus, vatsakivut, ilmavaivat, vatsan laajentuminen, hidastunut ja vaikeutunut suolen tyh-jentäminen, ulosteinkontinenssi sekä erilaiset suolikomplikaatiot. Käsittelimme opin-näytetyössämme suolen toiminnan häiriöistä ummetusta sekä ulosteinkontinenssia, kos-ka ne ovat yleisimmät ongelmat selkäydinvammaisilla. Usein niihin sisältyy myös edel-lä mainittuja ongelmia. Näistä kahdesta ongelmasta ummetus on kuitenkin vallitsevam-pi, joten käsittelimme sitä hieman laajemmin. (Ahoniemi & Valtonen, 2009, 272, 277; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)



KUVA 3. Suolen toiminnan jaottelu vammatason mukaisesti. (Apparelyzed: The Reflex and Flaccid Bowel.)

3.3.1 Ummetus

Ummetus on yksi tavallisimmista toiminnallisista mahasuolikanavan oireista. Umme-
tuksella tarkoitetaan kovia ulosteita, voimakasta ponnistamisen tarvetta ulostaessa, har-
vaa suolen toimintaa, kykenemättömyyttä ulostaa tarpeesta huolimatta tai tunnetta suo-
len epätäydellisestä tyhjenemisestä. Kun suoli toimii harvemmin kuin kolme kertaa vii-
kossa, suolen katsotaan toimivan harvoin. Ummetukseen liitetään usein tarve auttaa
ulostamista manuaalisesti, kuten sormella stimuloiden tai vatsaa hieromalla. (Luukko-
nen & Hillilä 2012, 1869.)

Normaalisti ulostemassan kulku suoliston läpi kestää 10-18 tuntia, kun se selkäydinvau-
rion jälkeen kestää noin kolme vuorokautta. Selkäydinvammaisella ummetus johtuu
suolen liikkeistä vastaavien lihasten toimimattomuudesta tai toiminnan heikentymisestä.
Suurimmalla osalla selkäydinvammaisista ummetus on yksi haittaavimpia suolen toi-
minnan häiriöitä, siitä on haittaa noin 80 %:lle selkäydinvammaisista. Suolen toimimat-
tomuus vaikuttaa heikentävästi elämänlaatuun vaikeuttaen päivittäisiä toimintoja sekä
rajoittaen potilaan itsenäisyyttä. Ummetus vaikuttaa selkäydinvammaisella myös kehon
eri toimintoihin lisäämällä spastisuutta ja kiputuntemuksia. Lisääntyneenä lihasjäntey-
tenä ilmenevä spastisuus aiheuttaa muun muassa liikkeiden rajoituksia, raajojen nyki-
mistä ja lihaskramppeja vartalolla. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277; Selkäydinvamma:
Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Ummetus jaetaan kolmeen alaryhmään: ulostamisvaikeusoireyhtymään, normaalin läpi-
kulkuajan idiopaattiseen ummetukseen sekä hitaan läpikulkuajan idiopaattiseen umme-
tukseseen. Ulostamisvaikeusoireyhtymällä tarkoitetaan peräsuolen tyhjenemisen vaikeu-
tumista mekaanisesta tai toiminnallisesta syystä. Mekaanisia syitä ulostamisvaikeusoi-
reyhtymään ovat esimerkiksi peräaukon ahtauma, peräsuolen tuppeuma tai gynekologis-
ten elimien laskeumat. Peräsuolen tuppeuman syntyessä peräsuoli työntyy itsensä si-
sään. Toiminnallisia syitä ovat lantionpohjanlihasten toimintahäiriöt ulostamisen yhtey-
dessä. Lisäksi ulostamisvaikeusoireyhtymään liittyy paksusuolen hidastunut läpikulku-
aika. (Luukkonen & Hillilä 2012, 1869-1870; Kairaluoma 2013, 588.)

Normaalin läpikulkuajan ummetus on yksi idiopaattisen ummetuksen muoto. Idiopaatti-
sella ummetuksella tarkoitetaan ilman tunnettua syytä, itsesyntyisesti, esiintyvää umme-
tusta (Duodecim: Terveyskirjasto). Kolmas ummetuksen tyyppi on hitaan läpikulkuajan

idiopaattinen ummetus. Tämä on tyypillinen ulostamiseen liittyvä vaiva nuorilla naisilla, joka usein pahenee ikääntyessä, mutta häiriön etiologiaa ei vielä tunneta. Hitaan läpikulkuajan idiopaattinen ummetus voi pahentuessaan johtaa ulostamisrefleksin täydelliseen sammumiseen ja sitä kautta suolen laajenemisen kehittymiseen. (Luukkonen & Hillilä 2012, 1869-1870.)

Selkäydinvammaisella ummetuksen perimmäisenä syynä ovat paksusuoliperäiset suolen toiminnalliset häiriöt sekä lantionpohjan lihasten toimintahäiriöt hermostollisten puutosten myötä. Ummetuksen seurauksena ulostemassan kulku suolistossa on hidasta, ulosteen nestemäärä vähenee ja ulostaminen ilman apua vaikeutuu. Ummetuksen syntyyn vaikuttaa suolen sisällön läpikulkuajan lisäksi elämäntavat sekä ravitsemukselliset tekijät. Lisäksi selkäydinvammaisten käyttämät lääkkeet, esimerkiksi antikolinergiset eli parasympaattista hermostoa salpaavat lääkeaineet sekä monet kipulääkkeet lisäävät ummetusta. Selkäydinvammaisella ummetus usein kroonistuu, eli ummetus kestää vuosia ja ummetuslääkkeiden käyttö on tästä johtuen säännöllistä ja pitkäaikaista. (Arkkila 2002, 1785-1786; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Tyypillisimpiä seurauksia ummetuksesta ovat ilmavaivat, peräpukamat ja verenvuoto. Sekä uloste, että ohutsuolessa imeytymättömät hiilihydraatit aiheuttavat bakteerikäymisen myötä kaasun muodostumista paksusuolessa. Lisäksi tietyt elintarvikkeet, kuten palkokasvit ja maitotuotteet lisäävät kaasun määrää. Ummetuksen sekä peristaltiikan heikentymisen seurauksena kaasu jää suolen mutkiin eikä kulje eteenpäin. Kaasun lisääntyessä suoli venyy, mikä lisää kiputuntemuksia ja epämiellyttävää turvotuksen tunnetta vatsalla. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277; Laatikainen & Hillilä 2012, 2377-2378; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Peräpukamat ovat verisuonia ja sidekudosta sisältäviä ihopoimuja, jotka ponnistamisen seurauksena täyttyvät verellä ja venyvät. Selkäydinvammaisella peräpukamat syntyvät vuosia kestäneen ummetuksen seurauksena ja pahentuessaan aiheuttavat kiputuntemuksia. Pitkän ajan kuluessa peräpukamat suurenevat ja työntyvät peräsuolen ulkopuolelle ulostamisen yhteydessä. Peräpukamat ärtyvät helposti ja vuotavat verta limakalvon rikkoutuessa ulostamisen yhteydessä. (Kairaluoma & Kellokumpu 2001, 3043-3044; Kairaluoma 2009, 1.)

Suolitukos ja suolilama ovat myös mahdollisia seurauksia suolen peristaltiikan epänormaalista toiminnasta. Suolen liikkeen heikkenemisen myötä suoleen kerääntyy nestettä ja ulostemassaa, mistä johtuen suoleen kertyy kaasuja. Nesteen kerääntymisen ja kaasun muodostumisen myötä suoleen muodostuu painetta, jolloin seinämä turpoaa ja neste siirtyy suolen seinämän läpi lähikudoksiin. Tästä johtuen ulostemassa kovettuu ja tukkii suolen. Suolen lamaan tumisen ja tukoksen seurauksena voi esiintyä oksentamista ja elimistön kuivumista. Täydellinen suolen lamaan tuminen ja tukos vaativat välitöntä hoitoa. (Räty, Karvonen, Piironen & Lindgren 2008, 4095-4097.)

Selkäydinvammaisella vatsan alueella olevat tuntopuutokset vaikeuttavat ulostustarpeen tunnistamista sekä vatsan alueen ongelmien diagnosointia. Selkäydinvammainen kokee kivun monella eri tavalla hermostollisten muutosten vuoksi. Kipu voi olla neuropaattista eli hermovauriokipua, nosiseptiivistä eli kudosa vauriokipua sekä viskeraalista eli sisäelinkipua. Suoliston toimintaan liittyvä viskeraalinen kipu luokitellaan neuropaattiseksi kivuksi, joka aiheutuu selkäydinvammaisella yleisesti ummetuksesta. (Haanpää & Soini 2008, 2900-2901; Ahoniemi & Valtonen 2009, 277; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 17-18.)

Selkäydinvamman syntymisen jälkeen suolistokomplikaatioiden riski on suurentunut etenkin nelirajahalvauksen saaneilla. Yleisimpiä ovat Käypä hoito –suosituksen (2012) mukaan maha-suolikanavan komplikaatioista suolilama, mahahaava ja haimatulehdus. Alentuneesta viskeraalisesta kipu- tai aistimiskynnyksestä johtuen myös myöhäisemässä vaiheessa komplikaatioiden tunnistaminen on vaikeutunut. Äkillistä leikkaushoitoa vaativa umpilisäkkeen tulehdus eli appendisiitti saattaa jäädä huomioimatta selkäydinvammaisella olevan alentuneen kipuaistimuksen vuoksi, mikä voi johtaa vakaviin komplikaatioihin. Selkäydinvammaisten hoidon keskittämällä pyritään myös suolistokomplikaatioiden asiantuntevaan diagnosointiin sekä erityistason hoitoon, jota selkäydinvammaiset hyvin ainutlaatuisena pienenä ryhmänä tarvitsevat. (Tarpila & Voutilainen 2008; Lintula & Eskelinen 2010, 1104; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2011; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13, 18.)

3.3.2 Ulosteinkontinenssi

Ulosteen pidätyskykyä pitävät yllä peräaukon sulkijalihakset ja lantionpohjan lihakset. Jos näiden toiminta on esimerkiksi rakenteellisten muutosten tai neurologisen sairauden vuoksi heikentynyt, johtaa se pidätyskyvyn muutoksiin. Myös anaalikanavan tuntoaisti on pidätyskykyyn vaikuttava tekijä. Ulosteinkontinenssissa eli ulosteen pidätyskyvyttömyydessä uloste valuu tahdosta riippumatta peräsuolesta. Suolensisältöä voi valua peräaukosta ulostamisen jälkeen tai ajankohdasta riippumatta. Toinen ilmenemismuoto tulee esiin ulostamispakon tunteena ulostamisen tarpeen tullessa. Ulostamisajankohtaa ei pystytä itse määrittelemään, koska sulkijalihastoiminta on puutteellinen. (Hiltunen 2013, 439; Kairaluoma 2013, 586.)

Selkäydinvammaisilla hermotoiminnan muutokset ovat usein syy ulosteinkontinenssiin, koska pudendaalihermon eli peräsuolta ja peräaukkoa hermottava hermoyhteys on vaurioitunut. Myös ulostuslääkkeiden liikakäyttö voi altistaa ulosteinkontinenssille. Ulosteinkontinenssi esiintyy joko lievänä kaasuinkontinenssina tai täydellisenä ulosteenpidätyskyvyttömyytenä. Tärkeää on myös erottaa liiallisesta ummetuksesta johtuva ohivuotoripuli ulosteinkontinenssista tarkempien diagnostisten tutkimusten avulla. (Aitola, Hiltunen & Matikainen 2001, 3465; Mustajoki 2012.)

Lynch ym. (2000) tutkivat selkäydinvammaisten suolen toimintaa sekä sen häiriöitä ja vertasivat tuloksia iältään ja sukupuoleltaan vastaavaan verrokkiryhmään. Tutkimuksessa selvisi, että ulosteinkontinenssi vaikuttaa 62 %:lla selkäydinvammaisista elämänlaatua heikentävästi. Tutkimuksen mukaan 8,1 % selkäydinvammaisista kärsii ulosteinkontinenssista päivittäin, riippumatta vamman syntymisestä kuluneesta ajasta. (Lynch ym. 2000, 719-720.)

3.4 Vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseksi selkäydinvammaisilla

Suolen toiminnan edistämisen tavoitteena on mahdollisimman itsenäinen suolen toimittaminen, suolen hyvä tyhjentymisen, kontinentti eli pidätyskykyinen suoli sekä komplikaatioiden esto. Lisäksi tavoitteena on, että suoli tyhjentyy joka tai joka toinen päivä. Suolen tyhjentymisaika pyritään pitämään kohtuullisena, noin puoli tuntia. Suolen hallintaan tulisi käyttää tarpeen mukaan fyysisiä ja farmakologisia keinoja, jotka ylläpitä-

vät ruoansulatuskanavan terveyttä, ovat turvallisia ja sitä kautta mahdollistavat selkäydinvammaisen itsenäisyyden. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277; Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 2; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Suolen toiminnan häiriöihin on kehitetty hoitokeinoja, jotka valitaan tarpeen mukaan joko vaikuttamaan suolen eri osien toimintaa edistävästi tai ulostemassan koostumusta parantamaan. Käypä hoito –suosituksen (2012) mukaan kuituvalmisteet, osmoottiset ulostuslääkkeet, ruokavalio sekä suolen tyhjentäminen eri menetelmin ovat tavallisimmat keinot hoitaa selkäydinvammasta johtuvia suolen toiminnan häiriöitä. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Suolen toiminnan edistämisen vaihtoehtoja suunniteltaessa otetaan huomioon muun muassa selkäydinvamman taso, siitä johtuvat suolen toiminnan häiriöt, suolen toiminta ennen vammaa ja suolen toiminta tällä hetkellä. Myös aikaisempi sairaushistoria, lääkitys, ravitsemukseen liittyvät tekijät sekä käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat osaltaan suolen toiminnan edistämiseen. Näiden tekijöiden pohjalta muokkautuu yksilöllinen suolen toiminnan edistämisen ohjelma selkäydinvammaiselle. Avainasemassa on säännöllisen suolen toiminnan saavuttaminen, joka on tärkeää pidätyskyvyn ylläpitämiseksi sekä ummetuksen ehkäisemiseksi. Suolen toiminnan säännöllisyys vaihtelee yksilöllisesti ja selkäydinvammaisilla se pyritään mahdollistamaan tarvittaessa erilaisin apukeinoin. (Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 3, 11-12.)

Iso-Britannian ja Irlannin selkäydinvamma-keskukset ovat kehittäneet kansainvälisiin tutkimuksiin pohjautuvan ohjeistuksen, jota voidaan hyödyntää selkäydinvammaisten yksilöllisten suolen toimintaohjelmien suunnittelussa. Ohjelma käsittää suolen toiminnan edistämisen suunnittelun, yksilöllisesti huomioitavat seikat esimerkiksi ravitsemuksen suhteen sekä suolen toiminnan edistämiseen käytettävät vaihtoehdot. Ohjelmaan kuuluvat myös suolen toiminnan arviointi ja dokumentointi. Ohjeistus on lisännyt hoitohenkilökunnan koulutusta ja sitä kautta tukenut selkäydinvammaisten ja heidän omaistensa ohjausta. (Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 3.)

3.4.1 Ruokavalio

Ruokavalio vaikuttaa monin tavoin suolen toimintaan. Selkäydinvammaisen on hyvä tunnistaa ne ravitsemukselliset tekijät, jotka vaikuttavat ulostemassan koostumukseen. Näistä tärkein on ravintokuitu, jonka määrää muuttamalla voidaan vaikuttaa ulostemassan läpikulkuaikaan sekä koostumukseen. Nykysuositusten mukaan kuidun saantisuositus on selkäydinvammaisilla 15-18g vuorokaudessa, kun se muuten on 25-35g. Myös selkäydinvammaisten päivittäinen nesteen saantisuositus on 500ml normaalia nesteen saantisuositusta (2-3 litraa) enemmän. (Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 21, 28, 33; Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 91, 271.)

Ravintokuidun luokittelu tehdään kuidun vedensitomiskyvyn mukaan. Kuidut jaetaan veteen liukenevaan eli geeliiytyvään ja geeliiytymättömään eli veteen liukenemattomaan muotoon. Liukenevaa kuitua saadaan marjoista, hedelmistä, palkokasveista, ohrasta ja kaurasta. Liukenemattoman kuidun lähteitä ovat täysjyvävilja, siemenet ja leseet sekä kasvikset. Kuidun liukoisuus tulee huomioida, kun lisätään kuidun määrää suolentoiminnan edistämiseksi. Lisäksi nesteen saantia tulee lisätä aina kuidun määrää lisättäessä, jotta ulosteen koostumus pysyy pehmeänä. (Voutilainen 2009, 19; Haglund ym. 2010, 271.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että liukenemattoman kuidun vaikutus suolen toimintaan selkäydinvammaisella on erilainen kuin ei-selkäydinvammaisella. Toiminnallisista syistä johtuvasta tai hitaan läpikulkuajan ummetuksesta kärsivät eivät hyödy kuituvalmisteista ja onkin tutkittu, että liukenematon kuitu hidastaa suolentoimintaa selkäydinvammaisella. Cameron ym. (1996) ovat tutkimuksessaan saaneet selville, että kuidun lisääminen 25 grammasta 31 grammaan vuorokaudessa pidensi suolen läpikulkuaikaa 28,2 tunnista 42,2 tuntiin selkäydinvammaisilla (Liite 1). Kuidun hyvät terveysvaikutukset sekä vaikutus suolen toimintaan tiedetään yleisesti, mutta tutkimukset osoittavat kuitenkin yksilöllisillä eroilla olevan merkitystä kuidun vaikutuksiin erityisesti selkäydinvammaisilla. (Cameron, Nyulasi, Collier & Brown 1996, 279-281; Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 28, 33; Luukkonen & Hillilä 2012, 1871.)

Muista elintarvikkeista kuivatut hedelmät, mallasuute ja pellavansiemenet kiihdyttävät suolen toimintaa. Kuivatuista hedelmistä etenkin luumut sisältävät ravintokuitua ja lisäksi niissä on ksylitolia, joka voi nopeuttaa suolen tyhjenemistä. Luumuja voidaan käyttää myös nestemäisessä muodossa mehuina. (Haglund ym. 2010, 272.)

3.4.2 Konservatiiviset hoitovaihtoehdot

Peräsuolen stimulointi sormella on yksi suolentoiminnan edistämisen keino selkäydinvammaisella. Stimulointi edellyttää reflektorista suolen toimintaa, jotta ärsytys saadaan aikaan. Stimuloinnin tarkoituksena on lisätä peräsuolen lihasten toimintaa nostaen samalla painetta peräsuolen alueella, jolloin suolen tyhjeneminen helpottuu. Stimulointi voidaan toteuttaa joko istuen tai maaten potilaan toimintakyvystä riippuen. Toimenpidettä tehdään 15-20 sekuntia kerrallaan 5-10 minuutin välein, kunnes suoli on tyhjentynyt kokonaan. Stimuloinnin lisäksi sormella voi auttaa ulostamista joko hajottamalla ulosteen koostumusta tai liikuttamalla sitä eteenpäin. Suolen normaalia peristaltiikkaa voidaan kiihdyttää myös syömällä ja juomalla 15-30 minuuttia ennen vatsan toimitusta, koska syöminen lisää paksusuolen motorista aktiivisuutta. Syömisestä aiheutuva peristaltiikka kiihdyttävästi on suurimmillaan aamupalan jälkeen. (Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 21-23, 26; Hiltunen 2013, 439.)

McClurg ja Lowe-Strong (2011) sekä Lämås (2011) ovat tutkineet vatsan hieronnan vaikutuksia ummetukseen. Heidän tutkimustensa pohjalta voidaan todeta, että vatsan hieronta stimuloi peristaltiikkaa, lyhentää suolen läpikulkuaikaa ja lisää suolen liikkeiden säännöllisyyttä. Tutkimuksissa havaittiin myös elämänlaadun paranemista sekä vatsakipujen vähenemistä. Lämåksen tutkimuksessa vatsan hieronnalla havaittiin olevan hyviä tuloksia yhdessä laksatiivien käytön kanssa. Vatsan hieronnalla voidaan edistää suolen tyhjenemistä. Hieronta voidaan suorittaa joko käsin tai esinettä kuten palloa hyödyntäen, suolen suuntaisesti peräsuolta kohti. Vatsan hierontaa käytetään usein jonkin muun suolta stimuloivan menetelmän, esimerkiksi peräsuolen stimuloinnin tai lääkähoidon, lisänä. (Kirshblum & Campagnolo 2011, 177; Lämås 2011, 26-27; McClurg & Lowe-Strong 2011, 20-22.)

Ponnistamisella saadaan aikaan vatsan alueen paineen kasvaminen ja sen myötä paine peräsuolella saa aikaan ulostamistarpeen. Ponnistaminen vaatii vatsalihasten hallintaa, joten ylempien alueiden selkäydinvamman saaneilla se ei välttämättä onnistu. Pitkäkestoisista ponnistamista tulee välttää, koska se voi lisätä haitallisia vaikutuksia suolen toimintaan. (Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 26.)

3.4.3 Lääkehoito

Lääkehoito on yksi tavallisimmista keinoista suolen toiminnan edistämiseen selkäydinvammaisilla. Yleisimmin käytettyjä lääkevalmisteita ovat kuitulisät, peräruiskeet sekä osmoottiset ja stimuloivat laksatiivit. Taulukossa 1 (s.23) on koottuna suolen toimintaan vaikuttavien lääkkeiden keskeiset asiat. Polyetyleeniglykolia sisältävillä peräruiskeilla saadaan aikaan peristalttisia aaltoja, jonka seurauksena suolen tyhjeneminen helpottuu. Prokineeteilla, mahalaukun ja suolen toimintaa lisäävillä lääkkeillä, saadaan aikaan suolimassan läpikulkuajan lyheneminen ja samalla myös suolen tyhjeneminen helpottuu. Laksatiiveilla saadaan pidettyä suolen sisältö pehmeänä, joka helpottaa ulostamista ja vähentää ummetuksen haittavaikutuksia. (Luukkonen & Hillilä 2012, 1871; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)

Kuituvalmisteet eli bulkkilaksatiivit sopivat hoidoksi lievästä tai keskivaikeasta ummetuksesta kärsiville. Kuitu vaikuttaa suolen läpikulku-aikaa lyhentävästi sekä suurentaen ja pehmentäen ulostemassaa. Kuitulisä on tehokkain normaalin läpikulkuajan ummetuksessa. Selkäydinvammaiset kärsivät yleensä hitaan läpikulkuajan ummetuksesta, johon kuituvalmisteilla ei saada riittävää vaikutusta. Bulkkilaksatiivien etuna on, että ne ovat turvallisia myös pitkäaikaisessa käytössä. Käytön aikana kuitenkin on tärkeä muistaa riittävä nesteen nauttiminen. (Kirshblum & Campagnolo 2011, 177; Luukkonen & Hillilä 2012, 1871.)

Osmoottiset laksatiivit ovat yleisimmin käytetty hoito hitaan läpikulkuajan ummetuksessa. Osmoottisia laksatiiveja ovat imeytymättömät mono- ja disakkaridit kuten polyetyleeniglykoli, laktuloli, sorbitoli ja laktuloosi, jotka pehmentävät ulostemassaa ja lisäävät suolen sisältöä stimuloiden peristaltiikkaa. Laksatiivien käytön haittavaikutuksi-

na voi ilmetä vatsakipua, turvotusta ja ilmavaivoja etenkin vaikeasta ummetuksesta kärsivillä. (Kirshblum & Campagnolo 2011, 177-178; Luukkonen & Hillilä 2012, 1871.)

Suolta stimuloivat ulostuslääkkeet sennaglykosidit, bisakodyyli ja natriumpikosulfaatti stimuloivat suolen peristaltiikkaa ja vähentävät veden imeytymistä suolessa. Tästä johtuen suolen läpikulku-aika lyhenee ja uloste pehmenee. Valmisteiden pitkästä vaikutusajasta johtuen niitä otetaan iltaisin. Suolta stimuloivien laksatiivien, senna- ja bisakodyyli-valmisteiden, pitkäaikaisessa käytössä on kuitenkin havaittu olevan yhteys haitallisiin hermostovaikutuksiin. Tätä havaintoa ei ole suuremmissa tutkimuksissa päästy vahvistamaan, mutta kuitenkin näiden valmisteiden pitkäaikaiskäyttöä pyritään välttämään. Tämän vuoksi niitä ei myöskään selkäydinvammaisen ummetuksen hoitoon yleisesti käytetä. Peräruiskeet sisältävät bisakodyyliä, lauryylisulfaattia ja natriumdokusaattia, jotka lisäävät osmoosin avulla nesteen määrää ulostemassassa ja käynnistää ulostamisrefleksin 15-30 minuutissa. Selkäydinvammasta johtuvan ummetuksen hoitoon voidaan käyttää säännöllisiä vesiperäruiskeita. (Arkkila 2002, 1787-1788; Kirshblum & Campagnolo 2011, 177-178; Luukkonen & Hillilä 2012, 1871-1872.)

Lee-Robichaud ym. (2011) kokosivat tutkimustiedosta laksatiiveja eli suolen toimintaa stimuloivia lääkeaineita ja polyetyleeniglykolia eli osmoottista lääkeainetta vertailevia tutkimuksia yhteen. Tavoitteena oli selvittää, kumpi tavanomaisista ummetuksen hoitoon käytettävistä lääkkeistä on tehokkaampi. Selvityksessä kävi ilmi, että polyetyleeniglykolin avulla ulostuskertoja oli useammin ja uloste pysyi pehmeämpänä kuin laksatiiveja käyttävillä. Tutkimuksissa havaittiin myös, että polyetyleeniglykolin kanssa tarvittiin vähemmän muita tuotteita suolen toiminnan edistämiseksi. Polyetyleeniglykoli –eli PEG-valmisteiden etuna on myös se, että ne eivät imeydy maha-suolikanavassa eivätkä aiheuta elektrolyyttihäiriötä. PEG-valmisteiden käyttö on suositeltavaa säännöllisesti 2-3 kertaa vuorokaudessa vasteen mukaan. (Lee-Robichaud, Thomas, Morgan & Nelson 2011, 2-3, 9-11; Luukkonen & Hillilä 2012, 1871.)

Mark ym. (2005) tekemässä tutkimuksessa on havaittu, että neostigmin-infuusio yhdistettynä glykopyrrolaattiin saattaa parantaa selkäydinvammaisten suolen tyhjentymistä sekä lyhentää suolen toimitukseen kuluvaa aikaa. Neostigmiini, suolta stimuloiva lääkeaine, helpottaa suolen tyhjentymistä ja glykopyrrolaatti ehkäisee neostigmiinin aiheuttamia haittavaikutuksia, kuten bradykardiaa ja keuhkoputkien supistumista. Yhdistel-

män todettiin olevan tehokas ja turvallinen selkäydinvamman tasosta riippumatta. (Mark ym. 2005, 1560-1564.)

Ummetuksen hoitoon on kehitetty uusia lääkkeitä, esimerkiksi prukalopridi, joka nopeuttaa paksusuolen läpikulkuaikaa, lisää ulostuskertoja ja pehmentää ulosteen koostumusta. Prukalopridin on todettu tehoavan vaikeaan ja muuhun laksatiivihoidon reagoimattomaan ummetukseen. Myös paikallisesti vaikuttava lubiprostoni on hyväksytty ummetuksen pitkäaikaisessa hoidossa Yhdysvalloissa. Lubiprostoni lyhentää paksusuolen läpikulkuaikaa ja lisää nesteen eritystä suoleen. (Kirshblum & Campagnolo 2011, 177-178; Luukkonen & Hillilä 2012, 1872.)

SELKÄYDINVAMMAISEN SUOLEN TOIMINTAA EDISTÄVÄ LÄÄKEHOITO		
LÄÄKEAINERYHMÄ	VAIKUTUS	ESIMERKKI
* Vaikuttavat aineet		
Kuituvalmisteet eli bulkkilaksatiivit	Lyhentävät suolen läpikulkuaikaa, suurentavat ja pehmentävät ulostemassaa.	Vi-Siblin®
Peräruiskeet * bisakodyyli * lauryylisulfaatti * polyetyleeniglykoli	Lisäävät veden määrää ulosteessa, aiheuttavat peristalttisia aaltoja, vaikuttavat peräsuolen alueella.	Microlax®, Toilax®
Osmoottiset laksatiivit * polyetyleeniglykoli * sorbitoli * laktuloosi	Pehmentävät ulostemassaa, lisäävät suolen sisältöä, stimuloivat peristaltiikkaa.	Levolac®, Duphalac®, Movicol®
Stimuloivat laksatiivit * sennaglykosidi * bisakodyyli * natriumpikosulfaatti	Stimuloivat suolen peristaltiikkaa, vähentävät veden imeytymistä suolessa.	Metalax®

TAULUKKO 1. Suolen toimintaa edistävä lääkehoito

3.4.4 Muut vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseen

Muita keinoja suolen tyhjentämiseen ovat esimerkiksi suolihuuhtelut, neurostimulaatio sekä leikkauksella tehdyt avanteet. Suolta voidaan huuhdella kehon lämpöisellä vedellä peräsuolen kautta. Christensen ym. (2006) tutkivat paksusuolen vesihuuhtelun hyötyjä ummetuksen hoidossa selkäydinvammaisilla. Tutkimus osoitti, että vesihuuhtelu helpottaa ummetusta sekä lievittää ulosteinkontinenssia selkäydinvammaisilla ja sitä kautta parantaa heidän elämänlaatuaan. Tutkimuksessa havaittiin myös, että vamman laatu vaikuttaa tarvittavien huuhtelukertojen määrään. Laajemmissa vammoissa huuhtelukertoja tarvittiin useampia suolen tyhjentämiseksi. (Christensen ym. 2006, 742-743; Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 26.)

Antegradista suolihuuhtelua (ACE) voidaan käyttää yhtenä vaihtoehtona potilaille, joilla on vaikea ummetus- tai ulosteinkontinenssiongelma ja joille pelkkä konservatiivinen hoito ei ole riittävä. Antegrادين huuhteluyhteys tehdään muovaamalla umpilisäkkeestä yhteys umpisuoleen, jota käytetään säännöllisten paksusuolihuuhteluiden tekemiseen. Huuhteluun käytettävä vesimäärä on 500-1000 ml/vrk ja huuhtelu tulisi suorittaa päivittäin. Huuhteluveteen voidaan sekoittaa myös peräruiskeliuosta tarvittaessa tehostamaan vaikutusta. Huuhteluavanteen käyttöön liittyviä ongelmia voivat olla huuhtelureitin ahautuminen sekä kouristuksen kaltaiset kivut huuhtelun yhteydessä. (Aitola & Luukkonen 2009, 218-219; Luukkonen & Hillilä 2012, 1874-1875; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 14.)

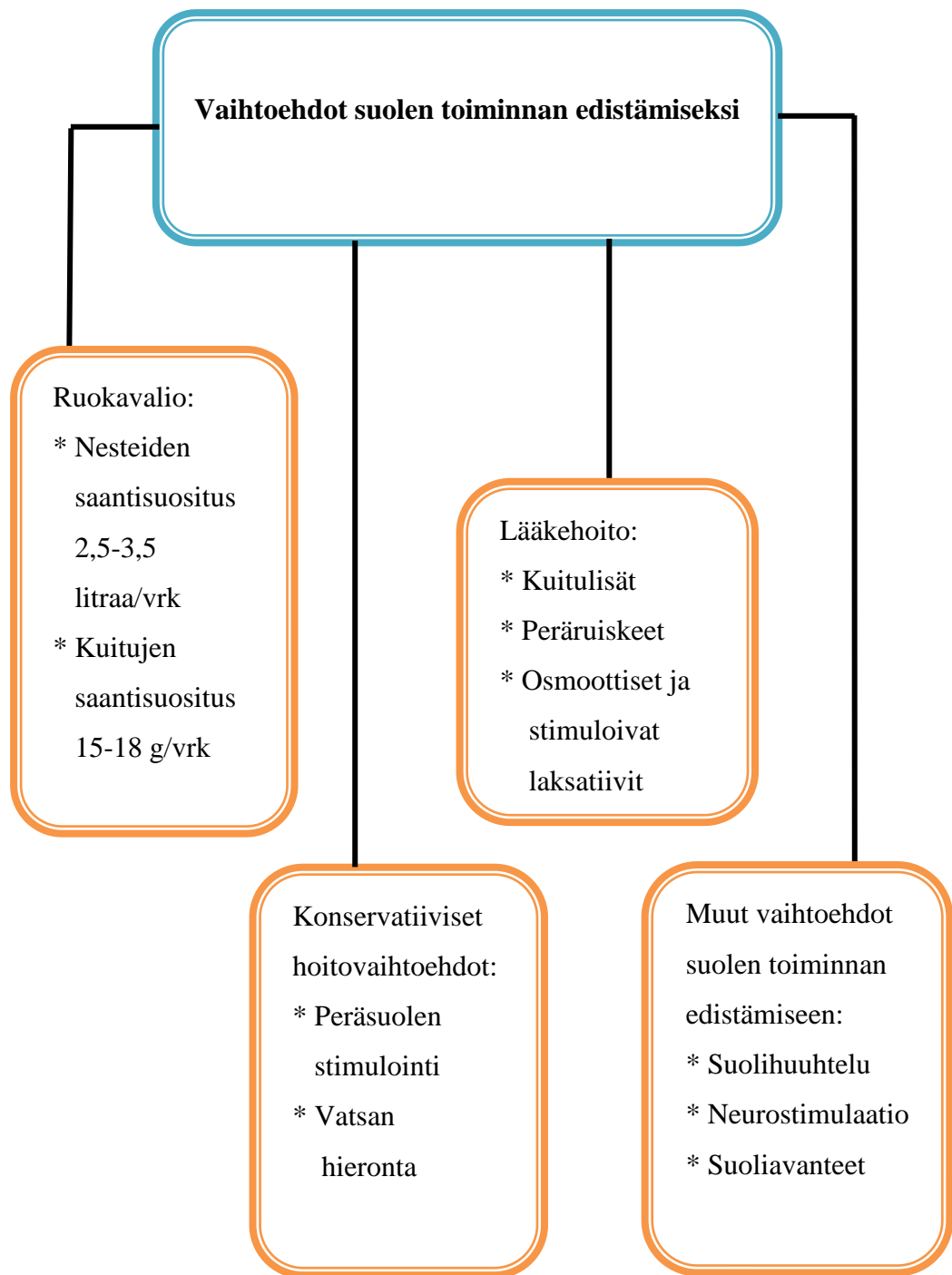
Suomessa antegrادين suolihuuhtelu on vähäisessä käytössä, mutta sen on havaittu olevan tehokkaampi ja helpompi tapa kuin peräruiskeiden antaminen. Myös perkutaaninen gastrostooma (PEG) voi helpottaa vatsan alueen painetta ja sitä kautta lieventää suulisto-oireita selkäydinvammaisilla. PEG-letkun asentamista sekä muita invasiivisia toimenpiteitä tulee harkita vasta kun konservatiiviset hoitokeinot on kokeiltu. (Aitola & Luukkonen 2009, 218-219; Luukkonen & Hillilä 2012, 1874-1875; Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 14.)

Paksusuoliavannetta on pidetty viimeisenä keinona ulosteinkontinenssin hoidossa, mutta sen käyttöä voidaan harkita selkäydinvammaisille. Hyvin harkittuna ja toimiessaan siitä voi olla merkittävä apu elämänlaadun paranemiseen. Paksusuoliavannetta käytettä-

essä elämänlaatu paranee, kun suolentoiminnan edistämiseen käytetty aika vähenee ja itsenäisyys lisääntyy. (Aitola & Luukkonen 2009, 219; Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury 2009, 27.)

Yksi uusimmista hoitokeinoista on neurostimulaatio, jossa sähköimpulssien avulla voidaan hoitaa etenkin ummetusta ja ulosteen karkaamiseen liittyviä ongelmia. Neurostimulaatiossa johdetaan lantionpohjan hermoihin sähkövirta S3- tai S4-juuriaukon kautta ihonalaisen tahdistimen avulla. Neurostimulaation avulla saadaan aikaan keinotekoinen hermoston toiminta sulkijalihasten alueella ja sitä kautta ulosteen pidätyskyvyn parantaminen. (Aitola & Luukkonen 2009, 219; Vaarala, Luukkonen, Tammela & Hellström 2011, 683-687.)

Ruokavaliossa tulisi huomioida nesteiden ja kuidun saantisuositukset. Nesteiden päivittäinen saantisuositus on normaalia suositusta suurempi selkäydinvammaisilla. Uuden käypä hoito –suosituksen (2012) mukainen kuitujen päivittäinen saantisuositus on vastaavasti vähentynyt aikaisempiin suosituksiin verrattuna, mikä johtuu kuidun erilaisesta vaikutuksesta suolen toimintaan selkäydinvammaisilla. Ruokavalion lisäksi suolen toimintaan voidaan vaikuttaa lääkehoidolla, jonka rinnalla käytetään yleisesti myös konservatiivisia hoitovaihtoehtoja. Tilanteen mukaan harkitaan myös muita vaihtoehtoja suolen toiminnan edistämiseksi. Olemme koonneet kuvioon 2 (s.26) kappaleessa käsitellyt vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseksi selventämään pääkohtia. (Selkäydinvamma: Käypä hoito –suositus 2012, 13.)



KUVIO 2. Suolen toiminnan edistämisen vaihtoehdot

3.5 Hyvä potilasohje

Potilasohjaus on olennainen osa potilaan hoitoa ja sitä pyritäänkin kehittämään jatkuvasti. Potilasohjaus on nykyään entistä korostuneemmassa asemassa hoitoaikojen lyhennemisen vuoksi. Hyvä potilasohje vastaa tarpeeseen lisätä potilaiden itsehoitovalmiuksia sekä antaa potilaalle riittävästi tietoa omasta terveydestään ja sen hoidosta. Kirjallinen ohje toimii tukena suulliselle ohjaukselle ja on tärkeä osa hyvää hoitoa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin potilasohjauksen kehittämisprojektissa pyrittiin laajempaan potilasohjauksen kehittämiseen ja sitä kautta hyvän hoidon edistämiseen. (Torkkola 2000, 4287; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005.)

Potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään ja tukea häntä päivittäisissä toiminnoissaan. Itsemääräämisoikeuden takaamiseksi potilas tarvitsee tietoja valintojensa ja päätöstensä tueksi. Onnistuneen potilasohjauksen avulla voidaan vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja niiden tarvetta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 6§; Torkkola 2000, 4287; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Heikkinen ym. (2006) selvittivät tutkimuksessaan, miten suomalaisissa hoitotieteen opinnäytetöissä on käsitelty potilaan ohjausta ja tiedonsaantia. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että ohjausmenetelmiä koskevia tutkimuksia on vähän. Tärkeänä tuloksena selvisi myös, että potilaat kaipaavat ja tarvitsevat enemmän ohjausta, kun mitä saivat. Lisäksi potilaat kokivat tutkimusten perusteella, että tieto omasta sairaudestaan, hoidosta, lääkityksestä sekä omahoidosta olivat tietoja, joita potilaat pitivät tärkeänä. (Heikkinen ym. 2006, 120-128.)

Lipponen ym. (2008) selvittivät puolestaan hoitajien käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta. Kyselyn tulosten pohjalta havaittiin, että kirjallisten ohjeiden käyttö hallittiin toiseksi parhaiten ohjausmenetelmistä heti suullisen yksilöohjauksen jälkeen. Vain kolme prosenttia ilmoitti, ettei käytä kirjallista materiaalia ohjauksen tukena ja 69% vastaajista koki hallitsevansa kirjallisen ohjauksenannon hyvin. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121, 128-129.)

Kolumnissaan Torkkola (2000) muistuttaa, että oikean tiedon lisäksi on tärkeä kiinnittää huomiota, miten asiat ilmaistaan. Hyvän potilasohjeen ominaisuuksia ovat loogisuus,

ymmärrettävyys ja jäsenneily kokonaisuus. Potilasohjeeseen valitaan potilaan kannalta olennainen tieto ja muodostetaan siitä selkeä kokonaisuus otsikoinnin ja tekstin ryhmittelyn avulla. Potilaan kannalta olennaista on valita kieliasu yleiskieleksi ja tekstityylinä asiatyylit tuo asian esiin informatiivisesti ja asianmukaisesti. Uudet termit tulee määritellä selkeästi ja ymmärrettävästi. (Jämsä & Manninen 2000, 56; Torkkola 2000, 4287; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002.)

Salanterän ym. (2004) tutkimuksessa tutkittiin yliopistosairaalan kirjallista potilasohjausmateriaalia, sen eroja ja käytettävyyttä toimialueittain. Tutkimuksessa tuli esille, että vain noin puolet potilasohjeissa käytetyistä ammatti- tai lääketieteellisistä sanoista oli määritelty. Potilasohjeen tekstin tulee olla havainnollista yleiskieltä. Sairaalasanoja ja monimutkaisia virkkeitä tulisi välttää, jotta väärinymmärrysten riski vähenisi. Ryhmittelyn avulla asetetaan käsiteltäville asioille selkeä järjestys ja tehdään niistä tiiviitä kokonaisuuksia. (Jämsä & Manninen 2000, 56; Torkkola 2000, 4287; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 43; Hyvärinen 2005, 1769-1772; Salanterä ym. 2005, 224.)

Lähtökohdat potilasohjeen kirjoittamiselle ovat hoitotyön tarpeet ja osastolta tulevat toiveet. Lisäksi potilaiden tarpeet ja oikeus saada olennaista tietoa ovat tärkeitä ja huomioonotettavia seikkoja. Kirjallinen potilasohje mahdollistaa, että jokainen potilas saa samanlaista tietoa ja voi palata halutessaan ohjeeseen myöhemminkin. Potilasohje vahvistaa saatua tietoa ja auttaa muistamaan sen. Heikkoutena voidaan kuitenkin nähdä, että kirjallinen potilasohje yksin ei mahdollista yksilöllistä hoitoa ja epäselvät ohjeet voivat myös haitata potilaan onnistunutta hoitopolkua. Lisäksi jokaisella on yksilöllinen kyky vastaanottaa kirjoitettua tietoa, jolloin kirjallinen potilasohje ei välttämättä ole paras vaihtoehto ohjauksen tueksi. (Developing Written Information for Patients Good Practice Guidelines 2002, 4; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35-38; Brown 2006, 542.)

Aluksi on tärkeää pohtia kenelle potilasohje kirjoitetaan, jotta ohjeesta saadaan potilasta puhutteleva. Potilasohjeesta tulee käydä heti ilmi potilasohjeen sisältö sekä kenelle se on suunnattu. Teitittely on sopivaa ja toivottavaa, koska passiivimuodon käyttö ei puhuttele potilasta ja saa aikaan tunteen, ettei ohje ole potilaalle suunnattu. Käskeymuotojen käyttöä tulee välttää. Käskeymuotojen sijaan tulisi perustella ja selittää ohjeiden tärkeyttä ja menettelytapoja. Riittävät perustelut antavat potilaalle mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan ja motivoivat lukijaa noudattamaan ohjeita. Lisäksi hyvät

perustelut vakuuttavat ja korostavat tärkeitä asioita. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35-38; Hyvärinen 2005, 1770; Brown 2006, 542; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66-67.)

Hyvässä potilasohjeessa tärkeimmän asian kertominen heti aluksi ilmaisee tekstin tekijän arvostavan lukijaa. Lukijan huomioonottava teksti herättää kiinnostuksen potilasohjetta kohtaan. Potilasohjeen otsikoilla ja väliotsikoilla saadaan luettavuuden kannalta tärkeimmät osiot esiin. Hyvän potilasohjeen otsikko kertoo aiheen ja herättää lukijan mielenkiinnon. Pääotsikon lisäksi väliotsikot ovat tärkeässä osassa keventämässä tekstiä ja jakamassa tekstin sopiviin osiin. Hyvä otsikko on ytimekäs ja se vie lukijaa eteenpäin. Kertovamman otsikon saa käyttämällä kysymystä tai toteamusta. (Jämsä & Manninen 2000, 56; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39-40; Hyvärinen 2005, 1770.)

Potilasohjeissa kuvia käytetään tukemaan ja täydentämään tekstin asiaa. Kuvat herättävät mielenkiinnon ja auttavat potilasta ymmärtämään tekstin, jolloin luettavuus, kiinnostavuus ja ymmärrettävyys paranevat. Kuva tarvitsee aina kuvatekstin, joka nimeää kuvan ja kertoo siitä jotain uutta. Tekijänoikeudet tulee huomioida kuvia käytettäessä. Kuvia ei saa suoraan kopioida ja käyttää vaan niiden käyttöön on kysyttävä lupa kuvan tekijältä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 41-42; Alaperä ym, 2006, 67; Kääriäinen 2007, 35; Hatva 2009, 92-93.)

Tekstin rakenne riippuu ohjeen aiheesta. Opinnäytetyömme tuotoksena syntyi potilasohje selkäydinvammaisille suolen toiminnasta. Potilasohjeen tulee vastata ainakin seuraaviin kysymyksiin: Mistä ongelmasta on kysymys? Miten sitä hoidetaan? Missä sitä hoidetaan? Millaisia seurauksia hoidolla on? Kuka hoitoa antaa? Näihin kysymyksiin vastaamalla potilas saa selkeän kuvan omasta ongelmastaan, sen hoidosta ja hoidon vaikutuksista. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 43; Alaperä ym. 2006, 66.)

Hyvä potilasohje kertoo, mihin potilas voi ottaa yhteyttä ja kysyä lisätietoa asiasta. Yhteystietojen lisäksi ohjeen lopusta tulee löytyä myös tiedot ohjeen tekijöistä sekä oppaan päivitystiedot. Potilasohjeen säännöllinen päivittäminen takaa ohjausmateriaalin ajantasaisuuden ja lisää sitä kautta ohjauksen laatua. Tekijä- ja päivitystiedot helpottavat ohjeen käyttöä ja ovat tarpeen myös palautteen antoa varten. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 45-46; Kääriäinen 2007, 35.)

Hyvä ulkoasu sekä huolellinen tekstin ja kuvien asettelu ovat myös tärkeitä ominaisuuksia hyvälle potilasohjeelle. Typografia määritellään graafisena ulkoasuna, jolla vaikutetaan viestin perillemenoon sekä potilasohjeen käytettävyyteen. Typografiaan liittyy kirjainten valinta, muotoilu sekä osaltaan myös värien ja kuvituksen valinta. Hyvän potilasohjeen määritelmien mukaan tärkeimpiä tavoiteltavia asioita ovat hyvä luettavuus sekä tärkeimpien asioiden mahdollisimman selkeä esilletuonti. Liian täyteen rakennettu potilasohje luo epäselvyyttä ja heikentää luettavuutta. Potilasohjetta tehdessämme käytämme typografian keinoja saavuttaaksemme helppolukuisuuden ja esteettisyyden. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 53; Loiri & Juholin 2002, 32-34; Itkonen 2012, 11.)

Valmista asettelumallia hyödyntäen potilasohjeen tekeminen ja käyttö helpottuvat. Ohjeisto rakentaa myös osaltaan organisaation imagoa. Sisällöllisiä ratkaisuja suunniteltaessa tulee selvittää työelämän toiveet ja ehdotukset. Myös organisaatiokohtaiset linjaukset tulee huomioida asiasisällön ja tekstityylin valinnassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on kehittänyt omat toimintatavat ja ohjeistukset potilasohjeen tekoa varten. Hyödynsimme näitä ohjeita ja valmiita asettelumalleja oman potilasohjeemme tekemisessä. Tällöin asettelu, tekstityyppi ja tyyli ovat yhtenäiset muiden Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä valmistuneiden oppaiden kanssa. Näin pystyimme keskittymään asiasisällön muotoilemiseen, eikä aikaa kulunut asettelujen pohtimiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 48-49, 57; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 55; Graafinen ohjeisto – Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Salanterän ym. (2004) tutkimuksen tuloksina havaittiin, että potilasohjeet kyseisessä yliopistosairaalassa olivat ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan hyviä, mutta sisällöllisiä puutteita löytyi. Myös luettavuudessa sekä opetuksellisuudessa löytyi puutteita, jolloin väärinymmärrysten riski kasvoi. Nykyään potilasohjeisiin on kiinnitetty entistä enemmän huomiota, kun vanhoja potilasohjeita on käyty läpi informaatiota sähköistettäessä. Nummi ja Järvi (2012) korostavat artikkelissaan, että potilasohjeista löytyy liikaa asiaa ja potilaan omalla tulkinnalla on liian suuri osuus niiden ymmärtämisessä. (Salanterä ym. 2005, 217-227; Nummi & Järvi 2012, 14.)

Yhteenvetona voidaankin todeta, että potilasohje toimii suullisen ohjauksen tukena ja se on sisällöllisesti jäsennelty ymmärrettävä kokonaisuus. Potilasohjetta rakennettaessa on oltava kriittinen sisällön suhteen ja huomioitava ratkaisut potilaslähtöisesti, jotta se vastaa lukijan tarpeisiin. Potilasohjeessa käytettävä perusteltu teksti herättää lukijan mielenkiinnon ja motivoi lukijaa noudattamaan ohjeita. Erityistä huomiota tulee kiinnittää otsikointiin ja kuvien käyttöön. Ulkoasun huolellinen suunnittelu takaa luettavuuden sekä tärkeimpien asioiden selkeän esilletuonnin.

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Opinnäytetyön tekeminen ammattikorkeakoulussa määritetään ammattikorkeakouluasetuksessa ja sen mukaan opinnäytetyön avulla pyritään kehittämään opiskelijan valmiuksia ja taitoja käytännön asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyön tekeminen on yksi opintoihin kuuluvista suorituksista ammattikorkeakouluissa. Frilander-Paavilaisen (2005) tutkimuksessa keskityttiin opinnäytetyön ominaisuuksiin, jotka tukevat opiskelijan asiantuntijuuden kehittymistä. Tutkimuksessa ilmeni, että opinnäytetyö lisäsi asiantuntijuutta sekä yksilöllisesti että yhteisöllisesti. Opinnäytetyöprosessin aikana asiantuntijuutta lisää myös teoreettisen tiedon ja osaamisen kasvaminen. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003; Frilander-Paavilainen 2005, 94-100.)

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle ja sen tarkoituksena on tehdä tutkimustietoon pohjautuva tuotos työelämälähtöisesti. Tuotos voi olla ohjeistus, opastus tai käytännön toiveita vastaava muu konkreettinen tuotos. Opinnäytetyön tuotoksena voi syntyä esimerkiksi kansio, kirja, opas tai vihko työelämäyhteydestä riippuen. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen tai opastaminen. Opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää tuotos ja sen raportointi tutkimukselliset lähtökohdat huomioiden. Raportissa selvitetään opinnäytetyöprosessia ja oppimista. Lisäksi tuotoksen tekstissä pyritään puhuttelemaan kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilka & Airaksinen 2004, 11, 65.)

Opinnäytetyö on laaja kokonaisuus, jonka avulla on mahdollisuus haastaa omaa ammatillista osaamista, sekä oppia ratkaisemaan käytännönläheisiä ongelmia. Opinnäytetyöprosessissa yhdistyy tutkimus, koulutus ja kehittäminen. Sen aikana oppii tekemään ratkaisuja ja rajauksia asioiden sekä kokonaisuuksien suhteen. Lisäksi opinnäytetyöllä on laatu ja taso vaatimuksia, jotka arvioidaan opinnäytetyössä. Opettajan kanssa käytävän ohjauksen avulla opiskelijan on mahdollisuus kasvaa ammatillisesti. (Helakorpi 1999, 22; Vilka & Airaksinen 2004, 16-18.)

Hoitotyön vaatimukset potilasohjeelle on sen tutkittuun tietoon pohjautuva sisältö, joka osaltaan ehkäisee väärinkäsityksiä, vähentää tiedon puutteesta johtuvaa epävarmuutta sekä vastaa potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Potilasohjeen tarkoituksena on lisätä potilaan tietoutta omasta sairaudestaan ja hoidostaan sekä auttaa häntä tekemään valintoja oman terveytensä edistämiseksi. Potilasohjeen käytettävyyys ja asiasisällön sopivuus potilasryhmässä on ensiarvoisen tärkeää, jotta ohjeesta olisi hyötyä. Myös johdonmukaisuus, selkeys ja muut rakenteelliset seikat tukevat potilasohjeen käytettävyyttä. Olemme tehneet yhteistyötä toisen opinnäytetyöparin kanssa potilasohjeeseen liittyen. (Vilka & Airaksinen 2003, 53; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66-67.)

4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessi lähtee liikkeelle aiheanalyysistä eli aiheen ideoinnista ja rajaamisesta. Lopulliseen aiheen valintaan voidaan tarvita monia neuvottelu- ja harkintavaiheita. Aiheanalyysissä pohditaan omia kiinnostuksen kohteita ja pyritään etsimään itseä motivoiva aihe. Kriteereitä aiheen valinnalle ovat aiheen ajankohtaisuus tai muuten perusteltu aihe, jolla nähdään olevan konkreettista hyötyä työelämälle tai omalle ammatilliselle kehittymiselle. (Hakala 2004, 47-50; Vilka & Airaksinen 2004, 23-24; Kangasharju & Majapuro 2005, 11-12; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 66.)

Opinnäytetyömme aihetta valitessa olimme kiinnostuneita selkäydinvammaisia koskevista aihetarjonnasta sen ainutlaatuisuuden vuoksi. Aihe tarkentui yhteistyössä työelämäyhteyden kanssa. Halusimme tehdä jotain käytännönläheistä, josta olisi mahdollisimman suuri hyöty. Myös aiheen ajankohtaisuus lisäsi mielenkiintoamme. Aiheanalyysivaihe sujui mielestämme hyvin ja melko vaivattomasti löysimme juuri meille sopivan aiheen. Työelämästä tulleen aiheen valitsemisen jälkeen pohdimme myös aiheen rajausta, joka selvensi aiheen vielä tarkemmin.

Opinnäytetyön suunnitelma voidaan nähdä opinnäytetyön tekijöiden, opettajan sekä työelämäyhteyshenkilöiden yhteisenä sopimuksena, joka ohjaa työn etenemistä sovitusti. Suunnitelmaa tehdessä etsitään vastauksia kysymyksiin: mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Suunnitelma aloitetaan lähtötilanteen kartoituksella, jonka jälkeen täsmentyvät lopulliset opinnäytetyön tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet. Tässä vaiheessa pohditaan myös asioiden tärkeysjärjestystä sekä tehdään aikataulusuunnitelma. Lisäksi

siinä pohditaan työn merkitystä. Suunnitelmassa on tärkeä huomioida myös ajalliset ja rahalliset resurssit, jotka vaikuttavat työn etenemiseen. (Hakala 2004, 67; Vilka & Airaksinen 2004, 26-38; Vilka 2005, 58.)

Aloitimme oman suunnitelman tekemisen lähtötilanteen kartoituksella, johon kuului aiheeseen liittyvän tiedon etsiminen sekä kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutustuminen. Samalla saimme hyvän kuvan aiheemme ajankohtaisuudesta. Aiheen rajaaminen muodostui selkeäksi tutustuessamme lähdekirjallisuuteen syvemmin. Se antoi työllemme selvän ja tarkan suunnan, jota lähdimme suunnitelmavaiheen jälkeen työstämään.

Suunnitelmavaiheessa teimme yhteistyötä työelämän sekä ohjaavan opettajamme kanssa. Myös ohjauskeskustelut kuuluivat tähän vaiheeseen. Opinnäytetyö toimii sidoksissa opiskelijoiden ja työelämän välillä, jolloin ohjauksen, vuovaikutuksen sekä informaation merkitys korostuvat. Suunnitelmaa tehdessämme aloimme hahmotella opinnäytetyömme rakennetta ja kokonaisuutta. Tähän liittyi kiinteästi aikataulun suunnittelu koko opinnäytetyöprosessille. Muokkasimme lopullista aikataulua yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa. Aikataulun avulla sekä opettaja että työelämäyhteyshenkilö saivat tietää suunnitelmistamme ja samalla tehty aikataulu ohjasi meitä opinnäytetyömme tekemisessä. (Vilka & Airaksinen 2004, 36; Frilander-Paavilainen 2005, 147- 148.)

Opinnäytetyöllemme oli kohderyhmä tiedossa jo aiheen varmistuttua, sillä aiheemme on lähtöisin työelämästä koskien tiettyä kohderyhmää. Oma tietoperustamme lisätäksemme tutustuimme selkäydinvammaan ja selkäydinvamman saaneisiin mahdollisimman kattavasti. Lähdekirjallisuuteen tutustumisen lisäksi kävimme Helsingissä Selkäydinvammasäätiön klubi-illassa, jossa yhtenä käsiteltävistä aiheista oli selkäydinvammaisten suolen toiminta. Klubi-illassa saimme keskustella kasvotusten selkäydinvamman saaneiden kanssa sekä vastata heidän kysymyksiinsä suolen toimintaan liittyen. Illan aikana vahvistuivat käsityksemme työmme tarpeellisuudesta. Saimme myös tietoa suolen toiminnan edistämisen vaihtoehtoista. Tämä lisäsi entistä enemmän kiinnostustamme aihetta kohtaan sekä motivoi meitä opinnäytetyömme parissa.

Vilkan ja Airaksisen (2004) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön perustaksi tarvitaan kattava teoreettinen tietoperusta, jonka avulla tehdään ratkaisuja tuotoksen suhteen. Teoreettisen tiedon avulla yhdistetään tieteellinen tieto, käytäntö ja ammatillinen osaaminen. Tuotoksen kannalta tärkeää on perehtyä viimeisimpiin lääketieteellisiin tutki-

muksiin ja hoitokäytäntöihin. Teoreettisen viitekehyksen tarkoituksena on määritellä käsitteet sekä tehdä teoreettisesta osiosta kattava, jotta sitä pystytään hyödyntämään tuotoksen suunnittelussa ja tekemisessä. (Jämsä & Manninen 2000, 47; Vilka & Airaksinen 2004, 41-43.)

Rajasimme teoreettisen viitekehyksen kolmeen osaan: selkäydinvamman vaikutukset suolen toimintaan, vaihtoehdot suolen toiminnan edistämiseksi ja hyvä potilasohje. Ensimmäisen osan tarkoituksena oli selvittää yhteys selkäydinvamman ja suolen toiminnan välillä, minkä avulla pystyimme etsimään suolen toiminnan edistämisen keinoja keskittyen selkäydinvammaisten tarpeisiin. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä potilasohje, minkä vuoksi teoreettisen viitekehyksen kolmantena osiona oli hyvä potilasohje. Aiheen rajauksella halusimme saada työmme tiiviiksi kokonaisuudeksi, jolloin asiasisältö etenee loogisesti ja jäsennellysti. Selkeiden teoreettisten lähtökohtien avulla saimme koottua potilasohjeen sisällön tiiviiksi ja asianmukaiseksi. Jäsennelty teoriaosa helpotti huomattavasti potilasohjeen rakentamista.

Pyrimme kokoamaan potilasohjeeseen olennaisen teorian tiedon selkäydinvamman vaikutuksista suolen toimintaan sekä suolen toiminnan ongelmien hoitokeinoja. Potilasohje palvelee potilasta osastolla sekä osastojakson jälkeen kotona potilaan toteuttaessa omahoitoa. Pyrimme työelämäyhteistyön avulla tekemään mahdollisimman hyödyllisen ja potilaita palvelevan ohjeistuksen. Teorian tiedon pohjalta teimme potilasohjeen ensimmäisen version, jossa huomioimme hyvän potilasohjeen ominaisuudet. Potilasohjeen ensimmäisen version valmistuttua veimme sen työelämäyhteyshenkilölle tarkasteltavaksi ja arvioitavaksi.

Olimme tyytyväisiä potilasohjeesta saamaamme palautteeseen ja sen avulla saimme muokattua siitä käyttökelpoisen ja työelämän tarpeita vastaavan. Kieliasu teitittelyineen ei sopinut potilasohjeeseen, koska se antoi liian jäykän ja muodollisen kuvan lukijalle. Muokkasimme tätä yhdessä työelämän kanssa potilaslähtöisemmäksi muuttamalla tekstiasun puhuttelevammaksi. Mielestämme potilasohjeesta tuli tiivis ja kattava kokonaisuus. Muokkauksen jälkeen veimme uuden version arvioitavaksi työelämään ja saimme sieltä pienten muutosehdotusten lisäksi potilaspalautteen, jonka avulla muokkasimme kieliasua entistä selkeämmäksi.

Tuotoksen asiasisällön rakensimme teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Käsittelimme tuotoksessamme lyhyesti selkäydinvamman vaikutuksia suolen toimintaan ja hyvän suolen toiminnan kriteereitä. Lisäksi käsittelimme eri vaihtoehtoja suolen toiminnan edistämisestä, jotta selkäydinvammaiset voisivat hyödyntää tietoa päivittäisessä elämässään. Pyrimme saamaan tekstistä mahdollisimman selkeää ja ymmärrettävää.

Sisällöllisiä ratkaisuja tehdessämme halusimme tuoda suolen toiminnan edistämisen vaihtoehdot mahdollisimman laajasti esille, jotta potilasohjeesta olisi hyötyä mahdollisimman monelle selkäydinvammaiselle. Korostimme hyvän suolen toiminnan kriteereitä, koska ne toimivat tavoitteina suolen toiminnan edistämiseksi. Kriteerien avulla voidaan huomata selkeämmin suolen toiminnan ongelmat ja näin saadaan vertailupohjaa normaalille ja epänormaalille suolen toiminnalle. Asiasisällön valinta perustui tutkimustietoon ja sitä käytettiin myös perusteluna ohjeessa.

Potilasohjeen ulkonäköä ohjaavat monet huomioon otettavat seikat, kuten lukijan ominaisuudet, aihe ja tilaajan toiveet. Ulkoasussa hyödynsimme Pirkanmaan Sairaanhoidopiiriltä saamaamme valmista mallipohjaa, joka määritteli ulkoasun ominaisuudet ja peruslinjan. Aiheen ollessa erittäin henkilökohtainen, halusimme pitää ohjeen asiallisena. Kuvat olisivat elävöittäneet ohjeen sisältöä, mutta sopivien kuvien löytäminen aiheemme vuoksi oli hankalaa. Aiheisisällöllisesti ohje on monipuolinen ja laaja, minkä vuoksi kuvien lisääminen ohjeeseen olisi vienyt tilaa olennaiselta. Toimme kuitenkin pientä ilmettä ja yhtenäisyyttä lisäämällä kehykset sivujen reunoille sekä korostamalla tärkeitä asioita luettelomerkeillä. Teimme myös pienen taulukon selventämään kuidun saantia työelämän toiveiden mukaisesti. Lisäksi löysimme yhden selkeän kuvan suoliston anatomiaa vatsan hierontaa käsittelevään kohtaan potilasohjeessa. Mielestämme tämä kuva täydensi tekstiä sopivasti pitäen kokonaisuuden kuitenkin selkeänä. (Liite 2.)

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyydellä tarkoitetaan pelisääntöjä ja hyviä käytäntöjä, jotka huomioidaan koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hyviä käytäntöjä ovat eettisesti kestävät tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät. Tiedonhankinnassa oleellista on, että tietoperusta hankitaan oman alan tieteellistä kirjallisuutta, tutkimuksia ja asianmukaisia tietolähteitä analysoimalla. Opinnäytetyön kirjoittajalta vaaditaan rehellisyyttä ja hyvien eettisten ohjeiden mukaista toimintaa. Tällä tarkoitetaan, että käytetyt lähteet merkitään asianmukaisin lähdeviittein huolellisesti ja tarkasti. Epärehellinen ja vilpillinen toiminta näkyy tiedon vääristelynä tai suorana kopioimisena. (Hakala 2004, 138-139; Vilka 2005, 30-31; Kuula 2006, 34-35.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö ei ole tieteellinen tutkimus, mutta sen tekemisessä huomioidaan hyvä tieteellinen käytäntö ja käytetään tutkimuksellista asennetta. Tutkimukselliseen asenteeseen sisältyy tiedon kartoittaminen, hankkiminen ja raportointi sekä niistä syntyvä tuotos. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti myös opinnäytetyön tekeminen on kurinalaista, järjestelmällistä ja täsmällistä. Tieteellisen tutkimuksen sijaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöstä voidaan käyttää nimitystä ammatillinen tutkimus- ja kehittämistoiminta, joka muodostaa uusia tai parannettuja käytäntöjä työelämään. (Vilka 2005, 20-21; Kuula 2006, 35.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä, joka ohjaa tieteellistä toimintaa. Huomioitettavia tekijöitä tutkimuseettikan näkökulmasta ovat rehellisyyden lisäksi eettisesti kestävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ja toisten tutkijoiden kunnioittaminen. Lisäksi on tärkeää raportoida tutkimuksesta tieteellisten vaatimusten mukaisesti sekä hankkia tarvittavat tutkimusluvut, joihin sisältyvät mahdolliset vastuut ja velvollisuudet. Myös rahoituslähteiden ja sidonnaisuuksien mainitseminen kuuluvat hyviin tieteellisiin käytäntöihin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti olemme tutkimuksia käyttäessämme tuoneet selvästi esiin tutkimuksen tekijät asianmukaisin lähdeviittauksin ja tutkimustaulukossa

olemme käsitelleet käytettyjä tutkimuksia myös laajemmin. Tämän avulla olemme vääristelemättä tuoneet ilmi tutkimuksen tärkeimmät asiat ja tulokset, jotka ovat vahvistaneet teorial tietoa jota olemme myös muiden lähteiden avulla perustelleet.

Kirjallisuutta valitessa ja tulkitessa tarvitaan tarkkaa harkintaa ja lähdekritiikkiä. Lähteen arvioimiseksi huomiodaan kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä, lähteen uskottavuus sekä kustantajan arvovalta ja vastuu. Myös totuudellisuus ja puolueettomuus otetaan lähdekriittisyydessä huomioon. Kirjoittaja on tunnettu ja arvostettu jos hänen nimensä toistuu useissa julkaisuissa sekä arvostettujen kirjoittajien lähdeviitteissä. Kirjoittajan nimeä tärkeämpi huomio on kuitenkin asiasisältö ja lähteestä saatavan tiedon luotettavuuden arviointi. Hyödynsimme opinnäytetyössämme vain varmuudella luotettavaa lähdekirjallisuutta, jossa ei tullut esille puolueellista näkökulmaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113-114.)

Pyrimme mahdollisimman kriittiseen tiedonhankintaan ja valitsimme lähdemateriaalimme luotettavista lähteistä. Käyttämämme lähteiden uskottavuutta ja luotettavuutta lisää tuoreiden tunnettujen tieteellisten aikakausjulkaisujen artikkeliaineiston hyödyntäminen. Lähdeaineistossamme näkyy erityisesti Kustannus osakeyhtiö Duodecimin ja Suomen Lääkärilehden julkaisemia artikkeleita. Uusin Käypä hoito –suositus on ollut yksi opinnäytetyömme päällähteistä. Lisäksi käytimme aiheeseen liittyvää kansainvälistä tutkimustietoa, koska suomalaista tutkimustietoa aiheesta ei ole juurikaan julkaistu. Luotettavuuden lisäämiseksi olemme hakeneet vahvistusta tiedolle käyttämällä useita lähteitä. (Hirsjärvi ym. 2009, 114.) Lähteiden hakemisessa käytimme apuna eri tietokantoja ja hakupalveluita. Käytetyimpiä olivat CINAHL (EBSCOhost), Journals@Ovid, ARTO artikkeliviitetietokanta ja lääkärin tietokannat. Käytimme myös terveyskirjaston ja Google –scholar –hakupalveluja.

Tuoreiden lähteiden käyttö takaa ajanmukaisen tiedon, koska tutkimustieto muuttuu nopeasti. Alkuperäisten lähteiden käyttö osoittaa tiedon mahdollisen muuttumisen verrattaessa sitä uusimpiin tutkimuksiin ja sitä kautta estetään tiedon vääristyminen. Oppikirjat sen sijaan eivät ole hyviä lähteitä niiden alkuperäisen tiedon muokkautumisen vuoksi. Käytimme opinnäytetyössämme vain uusinta tietoa ja rajasimme lähdemateriaalimme suurimmalta osin 2000 –luvulle. Uusin Selkäydinvamman Käypä hoito –suositus julkaistiin joulukuussa 2012 ja siitä saimme uusimman tiedon koskien selkäydinvammaisten hoitoa. Hyödynsimme opinnäytetyössämme myös Käypä hoito –suosituksessa

käytettyjä tutkimuksia. Käypä hoito –suositus ja siinä käytetyt tutkimukset ovat luotettavaa ja puolueetonta tietoa, koska Käypä hoito –suositusta käytetään Suomen laajuisesti näyttöön perustuvan hoitotyön tukena. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 72-73; Hirsjärvi ym. 2009, 113.)

Opinnäytetyössämme eettinen ulottuvuus näkyy lähdekirjallisuuden asianmukaisen käytön lisäksi opinnäytetyöprosessissamme kokonaisvaltaisesti. Alusta asti olemme noudattaneet sovittuja käytänteitä sekä kunnioittaneet työelämän toiveita. Olemme maininneet työelämätahon heidän toiveidensa mukaisesti sekä olleet tiiviissä yhteistyössä heidän kanssaan. Olemme myös toimineet koko opinnäytetyöprosessin ajan vastuuntuntoisesti ja tunnollisesti, mikä näkyy opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa ja prosessin etenemisessä. Kirjallinen lupa potilasohjeessa julkaistavan kuvan käytöstä ja muokkaamisesta lisää myös työmme eettistä painoarvoa.

Opinnäytetyön eettisyyttä lisää useista lähteistä saadun tiedon yhdistäminen sekä sen soveltaminen juuri kyseiseen työhön sopivaksi. Lähteiden yhdistäminen ja sitä kautta olennaisen tiedon saaminen kokonaisuudeksi ovat tehneet tästä työstä oman näköisen ilman suoraa kopiointia. Olemme myös käyttäneet plagioinnin esto-ohjelmaa työn eri vaiheissa ja se on osaltaan vahvistanut asianmukaisen lähteiden käytön.

Opinnäytetyömme aihe käsittelee hyvin henkilökohtaista asiaa, minkä vuoksi olemme huomioineet sen potilasohjeessa kieliasua ja visuaalista ilmettä suunnitellussa. Esimerkiksi kuvien käyttöön kiinnitimme erityistä huomiota ohjetta tehdessä. Kappaleessa 4.2 (s.36) olemme käsitelleet ja perustelleet kuviin liittyviä valintoja. Pyrimme käyttämään neutraalia ja asiallista kieliasua ottaen huomioon potilasryhmän. Kieliasun toteuttamisessa teimme paljon yhteistyötä työelämän kanssa, koska heillä on kokemusta selkäydinvammaisten ohjauksesta ja sitä kautta saimme muokattua ohjeestamme selkeän ja tarkoitusta vastaavan. Näillä valinnoilla olemme huomioineet eettisen lähestymistavan myös potilasohjetta tehdessä.

Eettisyys opinnäytetyössä tulee esille uuden tiedon jakamisena potilasohjeen muodossa. Tähän liittyy potilaiden oikeus saada uutta ja ajan tasalla olevaa tietoa valintojensa tueksi. Eettisyys voidaan nähdä kokonaisuutena, johon kuuluvat asianmukainen lähteiden käyttö, potilaan oikeudet, lukijan huomiointi sekä tuotoksena syntyneen potilasohjeen merkitys myös laajemmassa mittakaavassa.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Selkäydinvamman saaneista on selkeästi muodostunut oma potilasryhmänsä, jonka tarpeisiin kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Suuri askel eteenpäin on ollut hoidon keskittäminen kolmeen yliopistotason sairaalaan Suomessa. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme todenneet, että selkäydinvammaisten suolen toimintaan kohdistuvia hoitokäytänteitä sekä lääkehoitoa tutkitaan jatkuvasti. Laaja olemassa oleva tutkimustieto maailmalta on tuomassa myös Suomeen uusia käytänteitä ja suosituksia selkäydinvammaisten suolen toiminnan edistämiseksi. Uuden, vuonna 2012 voimaan tulleen, Käypä hoito –suosituksen pohjalla olevat tutkimukset tukevat uusien hoitomuotojen käyttöönottoa.

Erityisesti kuidun merkitys suolen toimintaan selkäydinvammaisella nousi yhdeksi selvästi merkittäväksi asiaksi työmme etenemisen aikana. Mielenkiintoista on ollut huomata uusien tutkimusten eroavaisuudet hallitsevien käytänteiden kanssa ja sitä kautta olemme päässeet olemaan mukana luomassa uusia käytänteitä ja tietoa valintojen tueksi. Kuidun vaikutuksia suolen toimintaan on tutkittu viimeaikoina enemmän ja on havaittu, ettei runsaskuituinen ruokavalio olekaan välttämättä suolta suojaava tekijä. Peeryn ym. tutkimuksessa (2011) havaittiin, että runsaasti kuitua saaneilla oli suurempi riski sairastua divertikuloosiin eli suolen umpipussitautiin kuin vähemmän kuitua saaneilla. Tämä on selkeästi ristiriidassa aikaisempaan tietoon, jonka mukaan kuidun on uskottu ehkäisevän divertikuloosia. (Peery ym. 2011, 266-272.)

Opinnäytetyömme alussa jaoimme tarkoituksella kolmeen tehtävään, jotka olivat: miten selkäydinvamma vaikuttaa suolen toimintaan? Mitä vaihtoehtoja selkäydinvammaisilla on suolen toiminnan edistämiseksi? Ja millainen on hyvä potilasohje? Opinnäytetyömme tehtävät ovat kulkeneet runkona työmme eri vaiheissa ja sitä kautta rajanneet sen selkeäksi kokonaisuudeksi. Niiden mukaan sisällön jaottelu on sujunut vaivattomasti ilman ongelmia. Olemme otsikoineet teoriaosion tehtävien mukaisesti ja sitä kautta luoneet selkeän ja tiiviin kokonaisuuden vastaten asettamiimme kysymyksiin. Mielestämme tämä on helpottanut työmme teoriaosion asiasisällön suunnittelua ja sitä kautta vienyt työtämme vaivattomasti eteenpäin. Tuotoksenamme olevan potilasohjeen sisällölliset ratkaisut pohjautuivat teoriaosassa esiintyviin asioihin ja muovautuivat tarkoituksen mukaisiksi yhteistyössä työelämän kanssa.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme vakuuttuneet entistä enemmän työn tärkeydestä ja potilasohjeen tarpeellisuudesta. Perehtyessämme olemassa olevaan lähdemateriaaliin sekä tutkimustietoon olemme löytäneet jatkuvasti uutta tietoa aiheesta, mikä on antanut lisämotivaatiota työllemme. Myös saamamme palaute selkäydinvammasäätiön Klubi-illassa antoi lisäarvoa työllemme ja sitä kautta sen merkitys korostui. Kustansimme itse matkat Helsinkiin ja tarvittavat muut kulut.

Erityistä painoarvoa potilasohjeen sisältöön toi potilaspalaute, jonka saimme työelämäyhteyshenkilön toimesta eräältä selkäydinvammaiselta. Palautteen myötä muokkasimme kieliasua yksinkertaisemmaksi. Ajattelimme aluksi, että potilasohjeen tulisi olla myös kieliasultaan virallinen ja teitittelevä. Palaute kuitenkin kumosi ajatuksemme ja jouduimme muokkaamaan lauseita arkisemmiksi ja yleistettävimmiksi. Osa asioista oli liian tarkasti ilmaistuja, minkä potilas koki liian hallitsevaksi. Tämän vuoksi muutimme esimerkiksi kuidun saantisuosituksen ilmaisemista niin, että siinä on mahdollisuus yksilöllisiin vaihteluihin. Myös stimuloinnin kesto aika oli aluksi merkitty potilasohjeeseen tarkasti lähdekirjallisuuteen pohjautuen, mutta potilaan kokemus liian tarkasta ajasta aiheutti hämmennystä. Onkin totta, että nämä asiat ovat varsin yksilöllisiä, minkä halusimme myös potilasohjeessa tuoda selkeämmin ilmi.

Vastaavanlaista potilasohjetta selkäydinvammaisten suolen toiminnasta ei ole aikaisemmin Suomessa julkaistu. Mielestämme tässä olisi hyvä aihe seuraaville opinnäytetyöntekijöille selvittää kuinka tämä potilasohje toimii käytännössä ja miten sitä voisi kehittää. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, kuinka paljon kyseistä potilasohjetta käytetään. Tutkimuskohteena voisi olla myös yleisesti selkäydinvammaisten ohjaus ja sen kehitys voimaan astuneen hoidon keskittämisen myötä. Hoidon keskittämisellä pyritään tasavertaiseen ja juuri tähän potilasryhmään keskittyvään hoitoon, joten sen avulla on mahdollisuus kehittää selkäydinvammaisten hoitoa entistä paremmaksi ja löytää uusia kehittämiskohteita jatkossakin. Lisäksi uudet tutkimukset kuidun vaikutuksista suolisto- on sekä uudet lääkevaihtoehdot antavat uutta tietoa ja tarkentavat tai muuttavat olemassa olevaa tietoa myös selkäydinvammaisten suolen toiminnan ja sen edistämisen osalta.

Opinnäytetyöprosessimme on alusta lähtien ollut selkeä ja etenevä. Alussa käytimme aikaa kokonaisuuksien hahmottamiseen ja opinnäytetyömme rungon muodostamiseen. Opinnäytetyömme tehtävien muodostamisen avulla saimme työstämme selkeän ja joh-

donmukaisen. Alku oli myös tiedonhaun opettelua, mutta löysimme kuitenkin nopeasti laadukkaita ja hyviä lähdemateriaaleja, joiden avulla teoreettinen viitekehys lähti rakentumaan. Olemme käyttäneet kaiken käytettävissä olleen ajan työmme tekemiseen ja edenneet hyvää vauhtia. Asetimme itsellemme tavoitteeksi edetä hieman yleistä aikataulua nopeammin ja siinä mielestämme olemme hyvin onnistuneet. Selkeät tavoitteet ovat ohjanneet ja helpottaneet työtämme.

Yhteistyömme on ollut vaivatonta ja helppoa. Ajatuksemme ovat käyneet hyvin yksiin ja olemme tehneet opinnäytetyömme tiiviisti yhteistyössä. Kirjoitusprosessin alusta lähtien olemme lukeeet valmista työtä kriittisesti sekä korjanneet ja muokanneet sitä mahdollisimman valmiiksi. Tämä on selkeästi edistänyt työtämme ja vähentänyt korjaamisen tarvetta myöhemmin. Yhteistyömme opinnäytetyön ohjaajan kanssa on ollut helppoa ja olemme kokeneet saaneemme vastakaikua omille ajatuksillemme. Saamamme palaute on vahvistanut omaa käsitystämme työmme etenemisestä ja sitä kautta antanut varmuutta työmme oikeasta suunnasta.

Kirjallisen työn ohjeet ovat olleet suurena apuna etenkin asetuksien ja lähdeviitteiden oikeellisuuden varmistamisessa. Lisäksi metodiopintojen- sekä opinnäytetyö –info runkojen avulla olemme edenneet työmme sisällöllisissä asioissa johdonmukaisesti. Olemme pitäneet yhteistyötä työelämään yllä sähköpostitse ja vierailuilla. Olemme iloksemme huomanneet molemminpuolisen motivaation ja kiinnostuksen työtämme kohtaan ja olemme kokeneet yhteistyömme onnistuneeksi. Työelämäyhteistyöhenkilömme on antanut meille lisämateriaalia, johon emme muuten olisi päässeet tutustumaan. Lisäksi hän kutsui meidät osastotunnille, jossa esiteltiin vaihtoehtoja suolihuuhteluvälineistä.

Olemme huomanneet, että opinnäytetyöprosessiin suunniteltu aika kannattaa käyttää tiiviisti työn tekemiseen ja selkeillä suunnitelmilla saadaan hyvä lopputulos. Ammatillisen kasvun tukena opinnäytetyö on antanut meille määrätietoisuutta ja selviin päämääriin pyrkimistä. Lisäksi tiedon haussa kehittyminen auttaa varmasti myös jatkossa asioiden selvittämistä ja uuden tiedon hankkimista. Täytimme myös tavoitteemme saada tietoa selkäydinvammaisen suolen toiminnasta ja sen edistämisen eri vaihtoehtoista, kun tutustuimme monipuolisesti ja kattavasti lähdemateriaaliimme. Olemme tyytyväisiä hyvään yhteistyöhön opinnäytetyöprosessin kaikkien osapuolten kanssa. Opinnäytetyömme on ollut yksi työ opiskelujemme aikana, mutta toivomme sillä olevan vaikutusta jatkossa yksilö- ja yhteiskunnallisella tasolla. Toivomme myös, että tämä tuotoksena

syntynyt potilasohje toimisi ponnahduslautana selkäydinvammaisten potilasohjauksen kehittymiselle ja kehittämiselle.

LÄHTEET

- Ahoniemi, E. & Valtonen, K. 2009. Selkäydinvauriot. Suolen toiminta. 4. Uudistettu painos. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura E. (toim.) Fysiatría. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 277.
- Aitola, P., Hiltunen, K-M. & Matikainen, M. 2001. Ulosteinkontinenssin hoitomenetelmät. Suomen lääkirilehti. 56 (35), 3465-3468.
- Aitola, P. & Luukkonen, P. 2009. Anaali-inkontinenssin hoito. Duodecim. 125, 215-220.
- Akuutti selkäydinvamma. COTOT –terveys – Suomen Lääkärikeskus. Luettu 1.5.2013. <http://z.cotot.com/luokka/aivot-ja-hermot/akuutti-selkaydinvamma>
- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Hottinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino, 65-76.
- Alaranta, H. & Ahoniemi, E. 2007. Selkäydinvaurion aiheuttaman haitan järjestelmällistä hoitoa ja seurantaa tarvitaan. Suomen lääkirilehti. 62 (24), 2363-2366.
- Apparelyzed. The Reflex and Flaccid Bowel. Luettu 1.5.2013. <http://www.apparelyzed.com/bowel-reflex-flaccid.html>
- Arkkila, P. 2002. Kroonisen vaikean ummetuksen diagnostiikka ja hoito. Suomen lääkirilehti. 57 (16), 1785-1789.
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2008. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. 1.-5. painos. Helsinki: WSOY.
- Brown, V. 2006. Preparing a patient information leaflet. Journal of perioperative practice. 16(11), 540-545.
- Cameron, KJ., Nyulasi, IB., Collier, GR. & Brown, DJ. 1996. Assessment of the effect of increased dietary fibre intake on bowel function in patients with spinal cord injury. Spinal Cord. 34, 277-283.
- Chistensen, P., Bazzocchi, G., Coggrave, M., Abel, R., Hultling, C., Krogh, K., Media, S. & Laurberg, S. 2006. A Randomized, Controlled Trial of Transanal Irrigation Versus Conservative Bowel Management In Spinal Cord-Injured Patients. Gastroenterology. 131, 738-747.
- Dahlberg, A. 2010. Selkäydinvamma. Lääkärin käsikirja. Julkaistu 17.06.2009. Päivitetty 28.04.2010. Luettu 29.11.2012. www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti
- Dahlberg, A. & Valtonen, K. 2010. Selkäydinvammaisten hoito tulisi keskittää. Suomen lääkirilehti. 65 (37), 2912.

Developing Written Information for Patients Good Practice Guidelines. 2002. Forth Valley Primary Care NHS Trust. Julkaistu kesäkuussa 2002. luettu 15.5.2013. <http://biostat.mc.vanderbilt.edu/TPT/SOURCE/Extras/TrialRecruitment/InfoGuide.pdf>

Duodecim: Terveyskirjasto. Idiopaattinen. Luettu 14.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01273&p_haku=idio paattinen

Frilander-Paavilainen, E.-L. 2005. Ihminen osaa sitä, mitä hän haluaa. – Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa. Helsingin Yliopiston Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 199. Helsinki: Yliopistopaino.

Graafinen ohjeisto – Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viestintäpalvelut. Luettu 30.04.2013.

Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury. 2009. Multidisciplinary Association of Spinal Cord Injury Professionals. Spinal Cord Injury Centres of the United Kingdom and Ireland.

Haanpää, M. & Soinila, S. 2008. Neuropaattisen kivun diagnostiikka tarkentuu. Suomen Lääkärilehti. 63 (36), 2900-2903.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. 2. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hatva, A. 2009. Merkityksen välittäminen kuvan avulla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. Hoitotiede –lehti. 03/2006, 120-130.

Helakorpi, S. 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakouluissa. Hämeenlinna.

Hiltunen, K-M. 2013. Rakenne ja toiminta. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 434-440.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? – Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. 121 (16), 1769-1773.

Itkonen, M. 2012. Typografian käsikirja. 4., tarkistettu ja laajennettu painos. Helsinki: RPS-yhtiöt.

- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Kairaluoma, M. 2013. Anaalikanavan sairaudet. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 571-593.
- Kairaluoma, M. 2009. Peräpukamat. Lääkärin käsikirja. Julkaistu 07.06.2009. Luettu 18.1.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00243
- Kairaluoma, M. & Kellokumpu, I. 2001. Alemman maha-suolikanavan verenvuoto. Suomen Lääkärilehti. 56 (30-32), 3043-3045.
- Kannisto, M. & Alaranta, H. 2006. Selkäydinvammat. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 447-458.
- Kirshblum, S. & Campagnolo, D. 2011. Spinal Cord Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business: Printed in China.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu – hypoteettisen mallin kehittäminen. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilasohjauksen kehittämishankkeella kohti vaikuttavaa hoitotyötä. Sairaanhoitaja –lehti. 12/2005. julkaistu 2.12.2005.
- Laatikainen, R. & Hillilä, M. 2012. Onko ärtyvän suolen oireyhtymän ruokavaliohoito selkiytymässä? Fermentoituvien hiilihydraattien rajoituksella lupaavia tuloksia. Suomen Lääkärilehti. 67 (35), 2377-2382.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
- Lee-Robichaud, H., Thomas, K., Morgan, J. & Nelson, R.-L. 2011. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation (review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2012. Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lintula, H. & Eskelinen, M. 2010. Akuutin appendisiitin ongelmallinen diagnostiikka. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 126 (10), 1104-1106.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 45, 121-135.
- Loiri, P. & Juholin, E. 2002. Huom! – Visuaalisen viestinnän käsikirja. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Luukkonen, P. & Hillilä, M. 2012. Vaikean ummetuksen hoito. *Duodecim*. 128 (18), 1869-1876.

Lynch, AC., Wong, C., Anthony, A., Dobbs, BR. & Frizelle, FA. 2000. Bowel dysfunction following spinal cord injury: a description of bowel function in a spinal cord-injured population and comparison with age and gender matched controls. *Spinal Cord*. 38, 717-723.

Lämås, K. 2011. Using massage to ease constipation. *Nursing Times*. 107 (4), 26-27.

Mark, A., Korsten, M.D., Alan, S., Rosman, M.D., Anthony Ng, M.D., Erdal Cavusoglu, M.D., Ann M. Spungen, Ed.D., Miroslav Radulovic, M.D., Jill Wecht, Ph.D. & William A. Bauman, M.D. 2005. Infusion of Neostigmine-Glycopyrrolate for Bowel Evacuation in Persons with Spinal Cord Injury. *American Journal of Gastroenterology*. 100, 1560-1565.

McClurg, D. & Lowe-Strong, A. 2011. Does abdominal massage relieve constipation? *Nursing Times*. 107 (12), 20-22.

Mustajoki, P. 2012. Ulosteen pidätyskyvyttömyys (Ulosteinkontinenssi). *Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 9.1.2012. Luettu 22.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00090

Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. *Suomen Lääkärilehti*. 1-2/2012. vsk 67, 14-16.

Peery, A., Barrett, P., Park, D., Rogers, A., Galanko, J., Martin, C. & Sandler, R. 2011. A High-Fiber Diet Does Not Protect Against Asymptomatic Diverticulosis. *Gastroenterology* 2012. 142, 266-272.

Räty, S., Karvonen, A-L., Piironen, A. & Lindgren, L. 2008. Suolilama vai tukos? *Suomen Lääkärilehti*. 63 (47), 4095-4101.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede –lehti*. 04/2005, 217-228.

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J. & Toverud, K. 2011. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro Oy.

Selkäydinvamma. 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 09.01.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36098>

Soinila, S. 2006. Kliininen neuroanatomia. Selkäydin. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 46-48.

Somer, H. 2006. Selkäytimen taudit ja oireyhtymät. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 493.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2011. Valtioneuvosto antoi useita terveydenhuoltoon liittyviä asetuksia. Tiedote 94/2011. Julkaistu 06.04.2011. Luettu 22.1.2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1558472#fi>

Tarpila, S. & Voutilainen, M. 2008. Toiminnalliset suolistovaivat ja ärtyvä suoli-oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Julkaistu 20.10.2008. Luettu 22.1.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>

Tenkula, S. 2012. Kunnan selkä! – Opas nuorelle kilpatason urheilijalle selkävammojen ennaltaehkäisyyn. Fysioterapian koulutusohjelma. Savonia-ammattikorkeakoulu. Opin-
näytetyö.

Torkkola, S. 2000. Tervettä viestintää. Suomen lääkäri-lehti. 421 (55), 4287.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-
kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.
Julkaistu 14.11.2012. Otettu käyttöön 1.3.2013. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelu-
kunta.

Vaarala, M., Luukkonen, P., Tammela, T. & Hellström, P. 2011. Virtaa virtsaamiseen,
watteja valumiseen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 127 (7), 683-690.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. 15.5.2003/352.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen oppinäytetyö. Jyväskylä: Gummerus
Kirjapaino Oy.

Voutilainen, E. 2009. Ravitsemustieteen perusteita - Ravintoaineet ja energia. Helsingin
yliopiston Avoin yliopisto.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

TAULUKKO 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus, ongelmat/tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Cameron, Nyulasi, Collier & Brown (1996)</p> <p>Assessment of the effect of increased dietary fibre intake on bowel function in patients with spinal cord injury</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida miten lisätyn kuidun määrä vaikuttaa selkäydinvammaisen suolen läpikulkuai-kaan, ulosteen painoon sekä ulostamiseen käytettyyn aikaan.</p>	<p>Tutkimus tehtiin Australian yliopis- tossa kaksi- osaisena tutkimuk- sena, jossa sel- käydinvammapoti- laat n=11 ensin (vk 1) söivät normaalia sairaalaruokaa ja toisessa osassa hei- dän ravintoonsa lisättiin Kellogs all bran muroja 40g.</p> <p>Tutkimuksen aika- na ulosteet kerättiin ja punnittiin, ulos- teen läpikulkuai- kaa tarkkailtiin sään- nöllisesti, ulostus- tapahtumaa arvioi- ttiin sekä pidettiin ruokapäiväkirjaa.</p>	<p>Kuidun määrä ravin- nossa lisääntyi keski- määrin 25 grammasta 31 grammaan vuoro- kaudessa.</p> <p>Ulosteen läpikulkuai- ka lisääntyi 28,2 tunnista 42,2 tuntiin.</p> <p>Paksusuolen loppuosan ja peräsuolen läpikul- kuai-ka lisääntyi 7,9 tunnista 23,3 tuntiin.</p> <p>Ulosteen läpikulkuai- ka ei muuttunut merkittä- västi paksusuolen muis- sa osissa.</p>
<p>Lynch, Wong, Anthony, Dobbs & Frizzelle (2000)</p> <p>Bowel dysfunction following spinal cord injury: a description of bowel function in a spinal cord-</p>	<p>Selvittää suolen toimintaa selkäydinvammapoti- laalla jota verrattiin tavallisesta väes- töstä koostettuun verrokkiryhmään.</p> <p>Miksi suolen toi- minnan ongelmat ovat yksi merkittä-</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Aineisto kerättiin Burwoodin sel- käydinvammakes- kuksen potilailta n=467 ja satunnai- sesta verrokkiryh- mästä n=668 Uu- dessa-Seelannissa.</p>	<p>Ulosteinkontinenssi oli yleisempää selkäydin- vammaisilla kuin ver- rokkiryhmällä ja lisäksi se oli yleisempää laa- jemmin vammautuneil- la.</p> <p>Ikä tai aika vammautu- misesta eivät vaikutta- neet inkontinenssipis-</p>

<p>injured population and comparison with age and gender matched controls</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>vimmistä ongelmista selkäydinvammapotilailla?</p>		<p>teisiin.</p> <p>Inkontinenssi vaikutti elämänlaatuun 62% selkäydinvammaisista ja 8% verrokkiryhmästä.</p> <p>Wc:ssä vietetty aika oli merkittävästi pidempi kuin verrokkiryhmään kuuluvilla.</p>
<p>Christensen, Bazzocchi, Coggrave, Abel, Hultling, Krogh, Media & Laurberg (2006)</p> <p>A Randomized, Controlled Trial of Transanal Irrigation Versus Conservative Bowel Management In Spinal Cord-Injured Patients.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli vertailla suolihuuhtelua ja konservatiivista suolen toiminnan edistämistä selkäydinvammalla.</p>	<p>Prospektiivinen, kontrolloitu ja satunnaistettu monikeskus tutkimus, johon osallistui 5 eurooppalaista selkäydinvammakeskusta.</p> <p>Tutkittavia oli yhteensä n= 87 selkäydinvaurion saanutta. Konservatiivisessa hoitoryhmässä oli 12 naista ja 33 miestä (n=45) ja suolihuuhtelua saavia oli 13 naista ja 29 miestä (n=42)</p> <p>Hoidon vaikutuksia seurattiin 10 viikon ajan.</p>	<p>Suolen toiminnan edistämiseen käytetty aika oli suolihuuhteluryhmällä 47min ja konservatiivista hoitoa saavilla 74,4min viikossa.</p> <p>Vatsakipua esiintyi 15,7%:lla suolenhuuhteluryhmästä ja 26.7%:lla verrokkiryhmästä.</p> <p>Hikoilu oli vähäisempää suolihuuhteluryhmällä (10,5%) kuin verrokkiryhmällä (22,3%).</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että vesihuuhteluhoito siirtää suolimassaa, helpottaa ummetusta ja lievittää inkontinenssia. Paksusuolen toiminta-ongelmista kärsivät tarvitsevat yleensä enemmän kuin yhden suolenhoitokeinon.</p>
<p>Lämås (2011)</p> <p>Using massage to ease constipation (Review)</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää onko vatsan hieronta tehokas hoito ummetukseen.</p>	<p>60 ummetuksesta kärsivää osallistui tutkimukseen. Puolet heistä tekivät 15 minuuttia päivässä 5 kertaa viikossa 8 viikon ajan vatsan</p>	<p>Vatsan hieronta yhdessä laksatiivien käytön kanssa vähensi vatsakipua, lisäsi suolen liikkeitä ja paransi elämänlaatua verrattuna pelkään laksatiivien käyt</p>

		<p>hierontaa ja</p> <p>toteuttivat sitä yhdessä laksatiivien kanssa. Loput käyttivät ummetuksen hoitoon ainoastaan laksatiiveja.</p> <p>Tulokset kerättiin haastattelujen avulla.</p>	<p>töön.</p> <p>Potilaat kertoivat positiivisia kokemuksia vatsan hieronnasta, mutta eivät vähentäneet testijakson aikana laksatiivien käyttöä.</p>
<p>McClurg & Lowe-Strong (2011)</p> <p>Does abdominal massage relieve constipation? (Review)</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää onko vatsan hieronta tehokas tapa helpottaa ummetusta.</p>	<p>Tutkimus on tehty kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja siinä on käsitelty tutkimuksia, raportteja ja katsauksia liittyen vatsan hieronnan vaikutuksiin ummetuksen hoidossa.</p>	<p>Vatsan hieronta voi helpottaa ummetuksen monia fyysisiä oireita. Hieronta stimuloi peristaltiikkaa, nopeuttaa suolen läpikulkuaikaa ja lisää suolen liikkeiden säännöllisyyttä. Lisäksi hieronta vähentää epämiellyttäviä tuntemuksia ja kipua, lisää rentoutumista ja parantaa elämänlaatua.</p>
<p>Lee-Robichaud, Thomas, Morgan, Nelson (2011)</p> <p>Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation (Review)</p>	<p>Tarkoituksena oli tunnistaa ja tarkastella kaikki merkitykselliset tutkimukset selvittääkseen onko laksatiivit vai polyetyleeniglykoli tehokkaampi kroonisen ummetuksen hoidossa.</p>	<p>Haku suoritettiin MEDLINE, EMBASE ja CINAHL-tietokantojen avulla sekä hyödyntäen Cochrane-kirjaston tiedostojen satunnaistettuja tutkimuksia, joiden avulla vertailtiin laksatiivien ja polyetyleeniglykolin vaikutuksia kroonisen ummetuksen hoidossa.</p> <p>Tutkimukseen valittiin 10 tutkimusta, jotka on tehty vuosien 1997 ja 2007 välillä.</p>	<p>Ulostekertoja oli useammin polyetyleeniglykolia kuin laksatiiveja käytettäessä.</p> <p>Ulosteen massa oli pehmeämpi käytettäessä polyetyleeniglykolia kuin laksatiiveja.</p> <p>Kahden tutkimuksen tuloksena havaittiin polyetyleeniglykoli tehokkaammaksi ja sen lisäksi käytettiin vähemmän muita tuotteita.</p>

		Tutkimukset analysoitiin tietoteknisin menetelmin.	
<p>Mark, Korsten, Alan, Rosman, Anthony, Erdal Cavusoglu, Spungen, Miroslav Radulovic, Wecht & Bauman (2003)</p> <p>Infusion of Neostigmine-Glycopyrrolate for Bowel Evacuation in Persons with Spinal Cord Injury.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää Neostigmiinin vaikutusta suolen tyhjentymisen helpottumiseen sekä Neostigmiinin aiheuttamien haittavikutusten kuten bradykardian ja bronkokonstruktion ehkäisyyn neostigmiini-glykopyrrolaattiyhdistelmällä.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 13 selkäydinvammaista (n=13), joista 5 nelirajahalvaantunutta ja 8 alaraajahalvaantunutta.</p> <p>Suolen toimintaa seurattiin videofluoroskooppisesti.</p> <p>Tutkittujen keski-ikä oli 46 vuotta. Keskimääräinen vammautumisesta kulunut aika oli 14 vuotta.</p>	<p>Neostigmiini ja yhdistelmävalmiste vaikuttivat samalla tavalla varjoaineen ulostuloon ja vaikutus oli parempi kuin keittosuolan vaikutus.</p> <p>Keskimääräinen varjoaineen kulkemisaika suolistossa oli 11,5 min neostigmiinillä ja 13,5 min yhdistelmävalmisteella.</p> <p>Selkäydinvaurion tasolla ei ollut merkitystä, miten infuusioaine vaikutti suolen toimitukseen.</p> <p>Neostigmiini aiheutti alhaisimman sydämen syketason ja huomattavaa keuhkoputkien supistumista, jota ei todettu yhdistelmähoidolla.</p>
<p>Heikkinen, Johansson, Leino-Kilpi, Rankinen, Virtanen & Salanterä (2006)</p> <p>Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, miten sairaalapotilaan ohjausta ja tiedon saantia on suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä tutkittu potilaan näkökulmasta tarkasteltuna.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Mikä on ollut potilasohjaukseen</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin vuosina 1990-2003 valmistuneet potilaan ohjausta tai tiedon saantia käsittelevät suomalaiset hoitotieteelliset opinnäytetyöt (n=50).</p> <p>Kirjallisuusanalyysin avulla selvitettiin aineistosta tutkimuskysymysten määrittelemät asiat.</p>	<p>Opinnäytetöiden tarkoitus oli useimmiten ohjaustilanteen toteutumisen tarkastelu, potilaan tiedonsaanti tai tiedon tarve.</p> <p>Ohjauksessa potilaille välitetty tieto keskittyi biologis-fysiologiseen osa-alueeseen.</p> <p>Potilaat saivat eniten tietoa sairaudestaan, tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä asioista. Toi-</p>

	<p>liittyvien opinnäytetöiden tarkoitus?</p> <p>2. Millä tavalla potilaiden ohjausta ja tiedonsaantia on tutkittu?</p> <p>2.1. Millainen on opinnäytetöiden aineisto?</p> <p>2.2. Mitkä ovat opinnäytetöissä käytetyt aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät?</p> <p>3. Millaista tietoa potilaille on välitetty?</p> <p>4. Millaisia menetelmiä ohjauksessa on käytetty?</p>		<p>minnallisista ja kokemuksellisista osa-alueista oli välitetty vähemmän tietoa. Eettisistä ja ekonomisista osa-alueista ei lainkaan.</p> <p>Potilaat kaipasivat lähes kaikilta osa-alueilta enemmän tietoa kuin saivat.</p> <p>Ohjauksessa käytetty menetelmä oli useimmiten yksilöohjaus.</p>
<p>Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisan-der, Pulkkinen & Leino-Kilpi (2004)</p> <p>Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli evaluoida yhden yliopistosairaalan intranetissä olevaa kirjallista ohjausmateriaalia.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Minkälaisia on intranetissä tarjolla oleva potilasohjausmateriaali</p> <p>a) ulkoasultaan, b) opetuksellisuudeltaan, c) sisällöltään, d) kieleltään ja rakenteeltaan sekä e) luettavuudeltaan?</p>	<p>Tutkimusaineiston muodostivat yliopistosairaalan intranetistä tietynä ajankohtana olevat 611 potilasohjetta. (n=611)</p> <p>Ohjeet tulostettiin, koodattiin ja analysoitiin analyysikehyksellä.</p> <p>Ohjeita vertailtiin toimialoit- tain/klinikkoittain ja ohjeiden tarkoituksen perusteella.</p> <p>Tulokset analysoitiin tilastollisesti käyttäen SPSS ja SAS-tilasto-ohjelmia.</p>	<p>Yliopistosairaalan potilasohjeet ovat ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan hyviä</p> <p>Eniten puutteita on sisällössä, joka on hyvää ainoastaan sairauteen ja hoitoihin liittyvien asi- tietojen osalta. Potilas ei saa riittävästi tietoa sairauteensa liittyvistä toiminnallisista seikois- ta, oireista ja tunteista eikä myöskään eettisiin, taloudellisiin tai sosiaa- lisiin seikkoihin liitty- vistä asioista.</p> <p>Potilasohjeet olivat puutteellisia myös ope- tuksellisuudeltaan ja luettavuudeltaan</p>

	<p>2. Mitä eroja eri toimialojen tai eri klinikoiden ja eri tarkoitukseen suunnattujen kirjallisten ohjausmateriaalien välillä on?</p> <p>Tavoitteena oli kehittää potilasohjausta siten, että potilaat entistä paremmin kykenisivät hallitsemaan omat terveyteen liittyvät ongelmansa ja osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon.</p>		<p>Potilasohjeiden taso vaihteli toimialoittain tai klinikoittain jonkin verran erityisesti opetuksellisuuden suhteen</p> <p>Eri tarkoitukseen suunnattujen ohjeiden taso vaihteli opetuksellisuuden suhteen.</p>
--	---	--	---

Liite 2. Lupa kuvan käytöstä potilasohjeessa

Palaute artikkeliin 'Paksusuoli (ldk00247)':

Hei, olen sairaanhoitajaopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta ja tiedustelin kyseiseen artikkeliin liittyvää asiaa. Teemme parini kanssa opinnäytetyötä selkäydinvammaisen suolen toiminnasta, potilasohjetta selkäydinvammasille. Tarvitsisimme opinnäytetyöhömmme selkeän, suomen kielisen ja havainnollisen kuvan suoliston anatomiaa ja mielellään selventämään suolen hieronnan anatomiaa. Emme halunneet suoraan kopioida kuvaa vaan ajattelimme kysyä, että asianmukaisia lähdeviitteitä käyttäen ja alkuperän selvittäen, saammeko käyttää kyseisen artikkelin kuvaa opinnäytetyömme tuotoksena syntyvässä potilasohjeessa? Potilasohje valmistuu ja julkaistaan ensi syksynä, lokakuun tienoilla Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. Kyseinen kuva vastaa juuri toiveitamme ja ajatuksiamme ja selventäisi varmasti potilasohjeessa käsiteltävää asiaa ja tekisi opinnäytetyöstämme erittäin hyvän. Samalla myös kysyisin, että jos saamme käyttää toki tietyin ehdoin kuvaanne niin onko mahdollista, että liittäisimme siihen itse nuolet suolen suuntaisesti, jotta suolen hieronnan ohje tulisi selkeämmäksi?

Vastaustanne odottaen,

Sara Lahtinen, sairaanhoitajaopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta

Hei Sara,

Kiitokset kiinnostuksesta kuvaamme kohtaan. Voit hyvin käyttää Terveyskirjastossa löytyvää kuvaa paksusuolesta opinnäytetyössasi ja potilasohjeessa. Annan myös luvan täydentää kuvaamme nuolilla. Toivoisin kuitenkin, että lähettäisit minulle nähtäväksi muokatun kuvan ennen julkaisua potilasoppaassa. Huomioithan lisäksi asianmukaiset lähdeviittaukset.

Ystävällisin terveisin,

Minna Pellikka
Toimitussihteeri
Terveyskirjasto
Kustannus Oy Duodecim
PL 874, Kaivokatu 10A, 7 krs.
00101 Helsinki
Puh. 050 543 0529

Hei!

Keskustelimme vielä potilasohjeestamme yhdessä työelämäyhteyshenkilömme kanssa. Saimme palautetta, että he toivovat kuvaan muokkauksena nuolet selventämään vatsan hieronnan suuntaa. Teimme toivotut muokkaukset (liitteenä) ja pyytäisimmekin teiltä vielä luvan tämän muokatun kuvan käyttöön.

Kiitokset yhteistyöstä!

Yhteydenottoanne odotellen,

Sara Lahtinen ja Katariina Jäntti Tampereen ammattikorkeakoulusta

Hei Sara,

Kiitos viestistäsi.

Annan sinulle ja Katariinalle luvan käyttää nuolikuville muokattua (paksusuolen) suoliston alueen kuvamme potilasoppaassanne.

Ystävällisin terveisin,

Minna Pellikka
Toimitussihteeri
Terveyskirjasto
Kustannus Oy Duodecim
PL 874, Kaivokatu 10A, 7 krs.
00101 Helsinki
Puh. 050 543 0529